



**Relevância e acessibilidade à informação em Cuidados Continuados:
Opinião dos enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados
Integrados**

ANA PAULA DOS ANJOS CORREA COSTA

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2013

ANA PAULA DOS ANJOS CORREA COSTA

**Relevância e acessibilidade à informação em Cuidados Continuados:
Opinião dos enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados**

Dissertação de Candidatura ao grau de
Mestre em Ciências de Enfermagem sub-
metida ao Instituto de Ciências Biomédicas
Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador - Doutor Paulino Artur Fer-
reira de Sousa
Categoria - Professor Coordenador
Afiliação - Escola Superior de Enfermagem
do Porto

Co-orientador - Mestre Manuel Fernando
dos Santos Oliveira
Categoria - Professor Adjunto
Afiliação - Escola Superior de Enfermagem
do Porto

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por tudo!

Ao Professor Doutor Paulino Sousa, pelo privilégio que me concedeu ao orientar sabiamente este percurso e pelos momentos de reflexão que permitiram o amadurecimento e desenvolvimento deste trabalho.

Ao Mestre Fernando Oliveira, pelo seu auxílio e coorientação.

Aos enfermeiros das equipas que se voluntariaram para colaborar neste trabalho, expresso o meu reconhecimento.

Agradeço ainda aos amigos, Joana, Sara e especialmente à Diana, pelos conselhos e palavras de incentivo.

À professora Marisa, pela atenção e enorme disponibilidade em me ouvir, seu estímulo constituiu o arrimo presente quando necessitado.

Às minhas estrelinhas “pai/avô e mãe’s” (in memorian)... A necessidade de superar a dor me fez entender que é possível amar sem ter a presença daqueles que amamos!

À toda minha família, que mesmo longe sempre me apoiou, particularmente nos momentos mais difíceis e de desânimo. Não por último, para as pessoas mais necessárias na minha vida e com quem construo minha felicidade: Robson e Yasmin.

Ao Robson, por seu amor, dedicação e atenção incondicional, que me fez sentir forte para superar meus momentos de fraqueza. Obrigada por sempre acreditar em mim. Juntos fomos combatentes! Tua ajuda e compreensão me fortaleceram e me fizeram consciente de que quando acreditamos num sonho, nenhum esforço é em vão!

À minha pequena Yasmin, por todo seu amor e por tudo o que representa para mim, o que tenho de melhor na vida!

Mais haveria para referir, creio que, pelo valor intrínseco de cada um, entenderão o reconhecimento mudo.

A todos... Muito Obrigada!!!

RESUMO

Os sistemas de informação em enfermagem representam um conjunto de ferramentas que apóiam as ações dos enfermeiros de modo a facilitar a documentação, processar os dados e produzir a informação para fins de avaliação, planeamento e implementação das ações de enfermagem nos cuidados em saúde. Para que os sistemas de informação em enfermagem atuem como verdadeiros agentes catalisadores para a profissão, é necessário que estes disponibilizem o acesso à informação relevante e, embora haja reconhecimento sobre a importância em determinar quais os dados/informações úteis para garantir a continuidade dos cuidados em enfermagem, nem sempre estes estão disponíveis. Para isto, torna-se importante recorrer a estudos capazes de identificar os dados/informações relevantes e a acessibilidade dos mesmos nos sistemas em uso pelos enfermeiros. Somado a isto, devido ao aumento do envelhecimento mundial, é premente a necessidade de se estudar sistemas de informação em enfermagem destinados ao contexto dos cuidados continuados e de assistência domiciliar, aqui traduzido pelas ECCI. Desta forma, o objetivo do nosso estudo foi identificar a informação que, na perspetiva dos enfermeiros que integram as ECCI da região Norte de Portugal, é relevante para efeitos da continuidade dos cuidados, bem como da sua acessibilidade e os repositórios onde ela se encontra. Para isso, procedeu-se a um estudo de caráter observacional, transversal e misto (qualitativo e quantitativo), que se desenrolou em dois momentos distintos. O primeiro envolveu um estudo de caráter exploratório, de perfil qualitativo e que teve como propósito identificar o valor atribuído pelos enfermeiros à informação relevante e sua acessibilidade, no seu contexto real (ECCI), para que pudéssemos evoluir com maior propriedade para a construção de um instrumento (questionário) a aplicar no segundo momento, de âmbito quantitativo, dedicado a vertente descritiva do estudo, orientado para a identificação de "regularidades" da informação considerada relevante e o grau de acessibilidade da mesma. Os resultados permitem verificar que os dados/informações considerados relevantes pelos enfermeiros participantes, para efeito da continuidade dos cuidados, agrega-se em torno de quatro principais dimensões: 1ª-"Vigilância/Monitorização", 2ª-"Prestador de Cuidados", 3ª-"Informação Produzida pelos Enfermeiros" e 4ª-"Informação Produzida por Outros Profissionais de Saúde". Quanto à acessibilidade dos dados/informação por dimensão, os resultados permitem constatar que nenhuma dimensão reúne todos os requisitos para ser considerada "muito acessível". O GestCare® CCI conjuntamente com o SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, configuram-se como os repositórios centrais da informação relevante, realçando a necessidade premente de interoperabilidade entre estes, espelhado pelos baixos resultados em termos de acessibilidade, que na sua generalidade apresentou-se aquém dos resultados quanto à relevância, evidenciando assim, algumas limitações quanto à disponibilidade destas informações.

Palavras-Chave: cuidados continuados integrados, sistema de informação de enfermagem, continuidade dos cuidados, cuidados domiciliários.

ABSTRACT

The nursing information systems represent a set of tools that provide support to the actions of nurses with the aim of facilitate the documentation, data process and to produce information to be used on assessment, planning and implementation of nursing actions in health care. In order that these nursing information systems act as true catalysts for the profession, it is required that they makes available the access to relevant information. In this context, although is well known the importance in to define what data/information are useful to ensure the continuity of care in nursing, it is necessary takes into account that they are not always available. For this, it is important employ studies able to identify the relevance and the accessibility of data/information on systems in use by nurses. Moreover, due to increased global aging, there is a pressing need of studies on nursing information systems with focus on continuing care and home care, here translated by ECCI. Thus, the aim of our study was to identify the informations that, by the perspective of nurses who are part of the ECCI in the North of Portugal, are relevant for the purposes of the continuity of care, as well as its accessibility and the repositories where they are. For this, we proceeded to a study of character observational, transversal and mixed (qualitative and quantitative), which took place at two different moments. The first moment involved an exploratory study, with a qualitative profile that had as aim identify, in the ECCI context, the value attributed by nurses to each relevant information and its respective accessibility. This allow us develop with more property the build of an instrument (questionnaire) to be applied on the second moment. The second moment was defined as the quantitative part, devoted to descriptive part of the study and with the aim of identify the "regularities" of the informations considered relevant and the its accessibility degrees. The results allow to verify that the data/information considered relevant by the nurses participants, for purposes of continuity of care, are around of four main dimensions: 1st-"Vigilance/monitoring", 2nd-"Care Provider", 3th-"Information Produced by Nurses", and 4th-"Information Produced by Other Health Professionals". In what concern the data/information accessibility by dimension, the results show that has no any dimension with the necessary set of requirements to be considered "high accessible". The GestCare® CCI, jointly with the, SAPE - System Support Nursing Prattice, are configured as the main repositories of relevant informations, thus highlighting the urgent need for interoperability between these systems. This is based on low degrees of accessibility presented, which are lower than of the relevance degrees, thus revealing some limitations on the availability of this information.

Keywords: integrated continuous care, information systems nursing, continuous care, home care.

Siglas e Abreviaturas

\bar{x}	média
ACeS	Agrupamento(s) de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central dos Serviços de Saúde
ARS	Administração/ões Regional/ais de Saúde
ARSN	ARS Norte
AVD	Atividades de Vida Diária
CCI	Cuidados Continuados Integrados
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
cit.	citado
CS	Centro(s) de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direcção Geral de Saúde
DL	Decreto Lei
DP	Desvio-Padrão
E.	Entrevistas
ECCI	Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa(s) Coordenadora Local dos Cuidados Continuados Integrados
ECR	Equipa Coordenadora Regional
ECSCP	Equipa(s) Comunitária(s) de Suporte em Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

EGA	Equipa(s) de Gestão de Altas
EISCP	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
ERACeS	Equipa(s) Referenciadora(s) dos ACeS
et al.	e outros
ex.	exemplo
Fa	Frequência Acumulada
IAI	Instrumento de Avaliação Integrada
ICN	International Council of Nurses
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
LTC	Long Term Care
MS	Ministério da Saúde
MSCP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
NC	Notas de Campo
OE	Ordem dos Enfermeiros
OECD	Organization For Economic Cooperation and Development
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistema de Saúde
PDS	Plataforma de Dados de Saúde
PIC	Plano Individual de Cuidados
PNS	Plano Nacional de Saúde
Q.	Questão
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNU	Registo Nacional de Utentes do MS
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário

SAM	Sistema de Apoio Médico
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SI	Sistema(s) de Informação
SIE	Sistema(s) de Informação de Enfermagem
SINUS	Sistema de Informação para Unidade de Saúde
SIRNCCI	Sistema de Informação da Rede Nacional de Cuidados Continuados
SIS	Sistema de Informação de Saúde
SMS	Serviços Médico-Sociais
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
UAG	Unidade(s) de Apoio à Gestão
UC	Unidade(s) de Convalescença da RNCCI
UCC	Unidades(s) de Cuidados na Comunidade
UCP	Unidade(s) de Cuidados Paliativos da RNCCI
UCSP	Unidade(s) de Cuidados de Saúde Personalizados
UDPA	Unidade(s) de Dia e Promoção da Autonomia da RNCCI
ULDm	Unidade(s) de Longa Duração e Manutenção da RNCCI
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UMDR	Unidade(s) de Média Duração e Reabilitação da RNCCI
URAP	Unidade(s) de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade(s) de Saúde Familiar
USP	Unidade(s) de Saúde Pública
vs.	versus

Índice

Introdução	1
1 Problemática	5
1.1 A organização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) de 1970 à criação da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	6
1.2 Sistema de Informação em Saúde	14
1.2.1 Informação em Enfermagem	15
1.2.2 Sistemas de Informação em Enfermagem	18
1.2.3 Sistemas de Informação da RNCCI	21
1.2.3.1 GESTCARE® CCI	22
1.2.3.2 Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE	23
2 Materiais e Métodos	25
2.1 Justificação	25
2.2 Finalidade	28
2.3 Objetivos	28
2.4 Questões de Investigação	29
2.5 Desenho do Estudo	29
2.6 Contexto do Estudo	31
2.7 População e Amostra	31
2.8 Estratégias de Recolha de Dados	32
2.8.1 I Momento	32
2.8.2 II Momento	35
2.9 Tratamento e Análise dos Dados	36
2.9.1 I Momento	37
2.9.2 II Momento	38
2.10 Procedimentos Éticos	38
3 Resultados	41
3.1 I Momento	41
3.1.1 Da Informação Relevante	41

3.1.1.1	Informação de Produção Médica	42
3.1.1.2	Informação de Produção de Enfermagem	45
3.1.1.3	Rede de Suporte/Família	51
3.1.2	Acessibilidade à Informação	54
3.1.3	Repositórios da Informação Relevante	56
3.2	II Momento	59
3.2.1	Caracterização dos Participantes	59
3.2.2	Relevância e Acessibilidade da Informação	61
3.2.2.1	Relevância da Informação	61
3.2.2.2	Acessibilidade da Informação	64
3.2.2.3	Análise comparativa: Relevância e Acessibilidade dos dados/informação . . .	65
3.2.2.4	Dimensões Específicas de Dados/Informação	67
3.2.3	Análise da relação entre a opinião dos enfermeiros sobre o nível de relevância e acessibilidade das dimensões de informação e as variáveis em estudo (sexo, categoria profissional do enfermeiro, idade, tempo de exercício profissional e tempo exercício profissional na ECCI)	78
4	Discussão	81
5	Conclusão	91
	Referências Bibliográficas	97
	Anexos	107
	Anexo I - Autorização da Comissão de Ética da ARS Norte	
	Anexo II - Autorização do Conselho Directivo da ARS Norte	
	Anexo III - Autorização do ACEs Maia para Fase I (Recolha de Dados)	
	Anexo IV - Carta ECCI	
	Anexo V - Modelo do Consentimento Informado	
	Anexo VI - Grelha de Observação (I Momento)	
	Anexo VII - Guião de Entrevista (I Momento)	
	Anexo VIII - Questionário (II Momento)	
	Anexo IX - Dados Globais Relativos à Relevância e Acessibilidade	

Lista de Figuras

Figura 1	Fluxo de referência da RNCCI.	11
Figura 2	Estrutura orgânica dos ACeS.	12

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Comparação das médias dos itens da dimensão: IAI.	69
Gráfico 2	Comparação das médias dos itens da dimensão: Avaliação de Enfermagem.	70
Gráfico 3	Comparação das médias dos itens da dimensão: Condições habitacionais do utente.	71
Gráfico 4	Comparação das médias dos itens da dimensão: Informação produzida por outros profissionais de saúde.	72
Gráfico 5	Comparação das médias dos itens da dimensão: Vigilância e Monitorização.	73
Gráfico 6	Comparação das médias dos itens da dimensão: Informação produzida pelos enfermeiros.	74
Gráfico 7	Comparação das médias dos itens da dimensão: Prestador (es) de Cuidados do Utente.	75
Gráfico 8	Comparação das médias dos itens da dimensão: Rede de suporte/família do utente.	77
Gráfico 9	Comparação dos valores médios globais das dimensões dos dados/informação.	78

Lista de Quadros

Quadro 1	Áreas temáticas, categorias e subcategorias da análise de conteúdo.	42
Quadro 2	Dados sobre idade e tempo de exercício profissional.	60
Quadro 3	Critérios de inclusão dos itens de informação considerados muito relevantes/acessíveis . . .	61
Quadro 4	Critérios de inclusão dos itens de informação considerados pouco relevantes/acessíveis . . .	61
Quadro 5	Itens de informação considerados muito relevantes	62
Quadro 6	Itens de informação considerados muito acessíveis	64
Quadro 7	Itens de informação considerados pouco acessíveis	65
Quadro 8	Relevância vs Acessibilidade dos itens de informação relevantes	66
Quadro 9	Estatística descritiva da dimensão "Informação relativa ao IAI no aplicativo de monitorização da RNCCI (GestCare® CCI)".	68
Quadro 10	Estatística descritiva da dimensão "Informação relativa à Avaliação de Enfermagem existente no Aplicativo de Monitorização da RNCCI (GestCare CCI)".	70
Quadro 11	Estatística descritiva da dimensão "Informação relativa às Condições Habitacionais do utente".	71
Quadro 12	Estatística descritiva da dimensão "Informação produzida por outros profissionais da saúde".	72
Quadro 13	Estatística descritiva da dimensão "Informação relativa à Vigilância/Monitorização".	73
Quadro 14	Estatística descritiva da dimensão "Informação produzida pelos enfermeiros".	74
Quadro 15	Estatística descritiva da dimensão "Informação relativa ao(s) Prestador(es) de Cuidados do utente".	75
Quadro 16	Estatística descritiva da dimensão "Informação relativa à Rede de Suporte/Família do utente".	76
Quadro 17	Estatística descritiva global das dimensões.	77

Introdução

Sendo o foco de atenção da Enfermagem o suporte as respostas humanas à doença e aos processos de vida, a partir do qual se viabiliza a produção de um processo de cuidados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2009), os enfermeiros são responsáveis pela produção, análise e utilização de informações, que irão influenciar direta e indiretamente a qualidade e o resultado dos cuidados prestados, bem como a continuidade dos mesmos, pelo que se pode referir que a Enfermagem é uma profissão dependente da informação, e uma das que mais a utiliza (Jesus & Sousa, 2011).

Desta forma, é fundamental que os enfermeiros tenham acesso à informação relevante para poderem desempenhar a diversidade de intervenções envolvidas no cuidado de Enfermagem, sendo necessário que os mesmos, tenham disponível informação precisa e oportuna para a tomada de decisão, a qual deve ser suportada pela utilização de Sistemas de Informação - SI (Sousa, 2006; Silveira & Marin, 2006). Os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) são desenvolvidos para apoiar a prática assistencial e facilitar a atividade do enfermeiro em adquirir, armazenar e analisar os dados dos clientes, com a finalidade de definir as necessidades e o planeamento do cuidado.

A promoção da continuidade dos cuidados apresenta-se como um dos principais objetivos dos SI em saúde, tornando-se necessário que no desenho destes sejam garantidos os requisitos (estruturais e de conteúdo) centrados na informação relevante para efeitos da coordenação entre os diversos profissionais envolvidos na assistência ao cliente (OE, 2007). Contudo, segundo Jesus & Sousa (2011), mesmo com a utilização dos SI eletrónicos, ainda existem dificuldades no acesso a informações relevantes, e a partilha destas nem sempre é efetuada de forma útil e apropriada. Cook e colaboradores (2000) já alertavam, há uma década, que a grande maioria dos *gaps* que se identificam na continuidade dos cuidados de saúde, podem ser atribuídos a carências qualitativas e/ou quantitativas de informação ou à ausência de SI capazes.

Associado a esta problemática, nos últimos anos, tem-se observado um aumento significativo do volume dos dados, e a natureza da informação e os conhecimentos utilizados na enfermagem tornaram-se mais “complexos” (Krogh & Naden, 2008). Este panorama somado ao envelhecimento das populações e ao aumento das doenças crónicas verificadas em Portugal e demais países desenvolvidos, colocam uma enorme

pressão nos sistemas de saúde, criando problemas acrescidos de suporte e adequação de respostas distintas das que tradicionalmente tinham sido oferecidas.

Para dar resposta às necessidades desta nova realidade, em Portugal foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em 2006 através do Decreto-Lei (DL) n.º 101/2006, sendo constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais; dirigida a pessoas em situação de dependência, prestando cuidados a uma população maioritariamente de idosos (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006a).

Neste contexto, a prestação de cuidados continuados, na sua forma de assistência domiciliária, além de constituir um direito fundamental do cliente em contexto comunitário, surge como uma alternativa à hospitalização. Neste paradigma, a RNCCI é representada pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Embora os cuidados continuados integrados, especificamente os cuidados domiciliários em Portugal se encontrarem numa fase de crescimento e desenvolvimento, e havendo uma consciencialização (desde há longos anos) da necessidade de encontrar soluções de SIE que sejam promotoras da comunicação e continuidade dos cuidados (Silva, 2001; Pereira, 2001, 2007; Sousa, 2006; Mota, 2010); contudo, após uma pesquisa de literatura, constatou-se que em Portugal pouco se tem discutido sobre a temática da informação relevante para efeitos de continuidade dos cuidados no contexto específico das ECCI.

Desta forma, refletindo a natureza emergente desta área dos cuidados de saúde, justifica-se a importância do estudo sobre as questões associadas à opinião dos enfermeiros das ECCI sobre a relevância da informação para efeitos de continuidade dos cuidados, bem como a sua acessibilidade.

Para que a ECCI possa apresentar uma resposta coordenada e pronta na prestação de cuidados, e garantir a eficácia do atendimento ao utente, seus profissionais, em específico, os enfermeiros, (que integram na sua maioria a ECCI) necessitam ter acesso à informação útil e em tempo oportuno.

O SIRNCCI¹ oferece suporte à informação multidisciplinar de monitorização, referenciação, e apoio à gestão de fluxos dos utentes, porém não possibilita a documentação sistemática do processo clínico de enfermagem. Por isso, para o suporte ao processo de cuidados de enfermagem, os enfermeiros utilizam um sistema de informação clínico de apoio à prática de Enfermagem (que na região Norte de Portugal se restringe ao SAPE).

Além disso, sendo estes sistemas de informação independentes (inexistência de interoperabilidade técnica), verificam-se constrangimentos no que se refere ao acesso atempado à informação clínica relevante e atualizada, por parte dos enfermeiros que integram estas equipas, o que dificulta a tomada de decisões

¹ Também designado por GestCare® CCI.

destes. Com efeito, a duplicação de dados nestas plataformas informáticas (GestCare® CCI e SAPE) acerca dos utentes, para além de consumir mais tempo para a documentação e acesso, pode levar à omissão de registos por transmitir ao enfermeiro a idéia de “já ter feito o registo”.

Neste sentido, julgamos pertinente estudar a problemática associada à relevância da informação para efeitos da continuidade dos cuidados no contexto das ECCI. Uma vez que este é um aspeto ainda pouco explorado no contexto português, e porque se entende que o seu estudo possa ser um contributo para a melhoria dos sistemas de informação em uso, decidimos desenvolver o presente estudo. O estudo procurou identificar que informação é relevante para os enfermeiros que integram as Equipas de Cuidados Continuados Integrados e qual a sua acessibilidade nos sistemas de informação em uso.

Para a concretização destes objetivos, recorremos a um estudo transversal, exploratório-descritivo, realizado em dois momentos. O primeiro momento foi alicerçado numa abordagem qualitativa, com recurso à recolha de dados através da observação direta (120 horas) numa ECCI do AceS Maia e entrevistas semi-estruturadas a seis enfermeiros que trabalham nas ECCI que integram o mesmo AceS e que se disponibilizaram a participar, durante os meses de novembro e dezembro de 2011. No segundo momento, com uma abordagem quantitativa, procedeu-se à aplicação de um questionário aos enfermeiros que compõem as ECCI da região Norte de Portugal e que aceitaram participar no estudo, com o objetivo de identificar "regularidades" da informação considerada relevante e o grau de acessibilidade da mesma, concretizando-se durante os meses de julho a setembro de 2012.

Este trabalho encontra-se estruturado por cinco partes distintas. A primeira parte apresenta a problemática do estudo, no qual se procede uma abordagem relativa a organização dos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal até a criação da RNCCI e as ECCI, como também aos sistemas de informação em enfermagem atualmente em uso nas ECCI. Em seguida, na segunda parte, é apresentado os materiais e métodos utilizados no estudo, na terceira parte os resultados, a quarta parte destina-se a discussão e por último, as conclusões onde incluímos as considerações finais, limitações do estudo e algumas sugestões para estudos futuros.

Capítulo 1

Problemática

O aumento da esperança de vida e o acesso a cuidados de saúde atempados constituem uma aquisição do desenvolvimento socioeconómico da sociedade ocidental. Este desenvolvimento implicou uma conjuntura peculiar, nomeadamente o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas geradoras de situações de dependência, a médio e a longo prazo (Duarte, 2010). Assim, juntamente com o ímpeto economicista para a precocidade das altas hospitalares, estas alterações geram novos desafios aos sistemas de saúde (Sousa, 2009) determinando o incremento da importância dos cuidados de saúde prestados no domicílio.

Na medida em que a prestação de cuidados continuados é um direito fundamental do cliente e a assistência domiciliária uma alternativa à hospitalização tradicional, urge tomar medidas que permitam uma resposta coordenada e atempada dos diversos níveis de cuidados como garantia da eficácia do atendimento ao cliente, já que a inoperância desta continuidade poderá limitar o sucesso de todo o empenho da equipa prestadora de cuidados (Tavares, 2008; Duarte, 2010).

Neste sentido, de forma a garantir a continuidade de cuidados, numa área de atividade com esta importância no sistema de saúde atual (cuidados continuados integrados), os sistemas de informação podem, e devem, ter um papel fundamental na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, na eficácia da gestão dos recursos e na melhoria da qualidade da informação necessária disponibilizada (Jesus & Sousa, 2011), constituindo assim, um contributo importante na definição de respostas adequadas para cada contexto de cuidados (Nascimento, 2011).

Neste sentido, ao situarmos o estudo no âmbito dos Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) e tomando a informação relevante para a continuidade dos cuidados de um contexto específico (Equipas de Cuidados Continuados Integrados) como foco da nossa atenção, delimitamos a problemática em dois momentos.

No primeiro é apresentada de uma forma geral a organização dos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal, com enfoque nas reformas neste campo até à criação da Rede de Cuidados Continuados Integrados e, em relação a esta última, expõe-se os seus objetivos e as suas características, bem como a apresentação e descrição das ECCI. Num segundo momento, aborda-se a Informação de Enfermagem, os Sistemas de Informação em Enfermagem, e de forma sucinta, os sistemas de informação eletrónicos em uso nas ECCI.

1.1 A organização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) de 1970 à criação da Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

As maiores alterações a nível da organização dos cuidados de saúde primários em Portugal tiveram lugar há cerca de quarenta anos, em 1971, com a denominada Legislação Gonçalves Ferreira (Reforma do Sistema de Saúde e Assistência, Decretos-Lei N.º 413/71 e N.º 414/71, de 27 de Setembro), que incluiu o estabelecimento dos “Centros de Saúde” ou “Centros de Saúde de 1ª Geração”, e foi concebida no formato daquilo que seria anos mais tarde em Alma Ata declarado como “Cuidados de Saúde Primários” (Sousa, 2009).

Após uma década de implantação dos “Centros de Saúde de 1ª Geração”, centrados no desenvolvimento de atividades predominantes da área de saúde pública, estes deram lugar aos “Centros de Saúde de 2ª Geração” em 1984. Os seus principais objetivos seriam melhorar a acessibilidade a consultas e a visitas domiciliárias, e a programação de atividades que tivessem objetivos de saúde (Sousa, 2009).

Na década de 90, o Ministério da Saúde Português reconhece a existência de uma lacuna na área dos cuidados continuados¹, que se tornaram essenciais, quer pela evolução da sociedade portuguesa, quer pela evolução da curva de transição epidemiológica - prevalência de doenças crónico-degenerativas e situações do aumento do número de situações de dependência - circunstâncias essas comuns à sociedade ocidental (Barros & Simões, 2007). Por conseguinte, essa cobertura de serviços de cuidados continuados era dada como insuficiente e caracterizada por uma “deficiente distribuição territorial, tanto ao nível dos cuidados primários, como ao nível hospitalar” (Campos, 2008: 113).

As primeiras ações governativas orientadas para esta perspetiva surgem em 1998 com a elaboração, pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, do Despacho Conjunto N.º 407/98, de 18 de Junho, que aprovou orientações reguladoras da intervenção articulada entre o apoio social e os cuidados de saúde para pessoas em situação de dependência, com necessidade de cuidados de saúde e apoio social, assegurado pelas respostas de Apoio Domiciliário Integrado e Unidades de Apoio Integrado e pelos Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) criados no âmbito do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde [DGS], 2006b).

¹ Continuidade de cuidados: sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social (Nogueira, 2009).

Em 1999, é estabelecido um novo regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, através do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, pelo qual são criados assim os chamados “Centros de Saúde de 3ª Geração”, pessoas coletivas de direito público, integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministério da Saúde (Barros & Simões, 2007; Sousa, 2009).

Em 2003 o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, cria a Rede de Cuidados de Saúde Primários, visando garantir um regime de complementaridade e estreita articulação entre as redes de cuidados primários e hospitalares, como um elemento determinante na gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos. Entretanto, a desejada articulação entre os vários sistemas de cuidados nem sempre se mostrou capaz de responder com eficácia aos objetivos delineados para esta reforma (Sousa, 2009). Tornava-se, assim, necessário regulamentar e dar corpo a toda a estrutura de redes de modo a responder às exigências da pressão demográfica e epidemiológica.

Desta forma, em 2005, é criada então, a Comissão para o desenvolvimento dos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência através da Resolução do Conselho de Ministros N.º 84/2005, de 27 de Abril, culminando com a publicação do Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de Junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Duarte, 2010).

Neste sentido, as necessidades em cuidados continuados existentes no país são enunciadas no Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas como sendo “(...) *indispensáveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer*” (PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS, 2006b: 6).

Por conseguinte, a Rede constitui-se como um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social, de forma coordenada e integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia, centrando-se na recuperação global da pessoa (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006a).

Deste modo, a RNCCI pretende implementar até 2016 um modelo de prestação de cuidados, adaptado às necessidades do utente que lhe é referenciado, onde este possa aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado; estimulando a revisão do papel do hospital e reforçando o papel dos cuidados primários de saúde como charneira do SNS, apoiando assim a sua modernização e adequação às necessidades de saúde emergentes no país.

A RNCCI, surge então, como uma abordagem centrada no cuidar e reabilitar, que visa promover a autonomia, diminuir a tendência para a dependência e reabilitar as capacidades funcionais (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006a).

É de salientar que esta visão é apoiada por estudos internacionais que demonstram que os cuidados continuados revertem algumas situações de dependência, reduzem os reinternamentos nos hospitais, possibi-

litam a recuperação da funcionalidade e a diminuição da mortalidade e da institucionalização (Miller & Weissert, 2000; Garasen, 2008).

Contudo, quando nos reportamos às definições dos cuidados, que se consubstanciam em respostas sociais e de saúde, deparamo-nos com situações bastante díspares em vários países. Em Portugal surgem como Cuidados Continuados Integrados (CCI), já para a *Organisation For Economic Co-operation And Development* (OECD), Comissão Europeia e para a Organização Mundial da Saúde (OMS) são designados Long Term Care (LTC) - Cuidados de Longa Duração (Comas-Herrera et al, 2006; Nogueira, 2009).

Em Portugal, os Cuidados Continuados Integrados referem-se ao:

"Conjunto de intervenções sequenciais integradas de saúde e ou de apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrado na recuperação global e entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social" (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006a: 3857).

Há também o termo Cuidados Intermédios ou *Intermediare Care* que foi alvo de diversas interpretações e da mesma ausência de consensos internacionais, o que levou a que fosse revisto, e em seu lugar surgisse o conceito de Cuidados Continuados ou *Continuing Care* assente *"(...) numa perspectiva global, relativa a todos os aspectos relacionados com os serviços de saúde e sociais. Os componentes principais incluem cuidados institucionais, serviços na comunidade e apoio domiciliário"* (Nogueira, 2009: 5). Este mesmo sentido é expresso no Decreto Lei nº 101/2006 de 6 de Junho quando define continuidade dos cuidados como *"(...) a sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social"* (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006a: 3857).

Deste modo, o objetivo geral da Rede apresenta-se como: *"(...) a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência"* (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006a).

Como objetivos específicos da RNCCI temos os definidos no nº 2 do Artigo 4º do DL 101/2006:

- a) *A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;*
- b) *A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;*
- c) *O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;*
- d) *A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;*
- e) *O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;*

- f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;*
- g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006a).*

Assim, a nível de prestação de cuidados continuados integrados, estes são realizados por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais, através de quatro tipologias de resposta ao cuidado:

- **Unidades de Internamento:** Unidade de Convalescença (UC); Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR); Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM); Unidade de Cuidados Paliativos (UCP);
- **Unidades de Ambulatório:** Unidade de dia e de promoção da autonomia (UDPA);
- **Equipas Hospitalares:** Equipa de Gestão de Altas (EGA) e Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EISCP);
- **Equipas Domiciliárias:** Equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) e Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) (PORTUGAL. UMCCI, 2011a).

A sua coordenação a nível nacional era realizada pela extinta Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), sendo as suas atribuições integradas na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). A coordenação operativa é realizada ao nível regional e local. A coordenação regional (Equipas Coordenadoras Regionais - ECR) é assegurada por equipas que incluem os representantes das ARS- Administração Regional de Saúde e dos centros distritais de segurança social. A ECR articula-se com a coordenação nacional e local e assegura o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da qualidade do funcionamento das unidades de cuidado, dos processos e dos resultados das unidades (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2009).

A coordenação local (Equipas Coordenadoras Locais - ECL), por sua vez, é realizada por equipas que estão localizadas nos ACeS (Agrupamento Centros de Saúde), constituídas por, pelo menos, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, facultativamente, um representante da autarquia local, assegurando o acompanhamento e avaliação da Rede a nível local, bem como a coordenação e articulação dos recursos e atividades no seu âmbito de referência.

Ou seja, a nível local, as ECL articulam-se com as ECR, onde avaliam as situações de saúde e sociais, verificam o cumprimento dos critérios de referência para o ingresso na Rede e a implementação do plano

individual de cuidados² e respetiva monitorização, assumindo um papel indispensável na tomada de decisão quanto à gestão do ingresso, transferência e admissão dos clientes para as unidades/equipas prestadoras do cuidado na RNCCI.

Paralelamente a estas estruturas, existem as Equipas de Gestão de Alta - EGA (hospital) e as equipas referenciadoras dos Centros de Saúde -- ERACeS (comunidade). Estas, são equipas multidisciplinares, responsáveis pela referenciação dos clientes para a Rede (PORTUGAL, Ministério da Saúde, 2006a). Ou seja, os clientes são referenciados pela EGA ou pela ERACeS, onde serão avaliados os critérios de ingresso e admissão na Rede pela ECL e ECR, dando resposta às necessidades de cuidados continuados daqueles clientes, nas respetivas unidades (internamento, ambulatório, hospitalar ou domiciliária).

São critérios gerais de referenciação para a RNCCI: i) dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro; ii) dependência funcional prolongada; iii) pessoas idosas com critérios de fragilidade; iv) incapacidade grave, com forte impacte psicossocial; v) doença severa, em fase avançada ou terminal (PORTUGAL. UMCCI, 2008).

O circuito de referenciação inicia-se quando um utente é identificado como potencial candidato à RNCCI, sendo o mesmo sinalizado à EGA (hospital) ou à ERACeS (comunidade). Estas equipas, respectivamente, irão avaliar o utente e recolher junto das equipas cuidadoras (serviço hospitalar ou na unidade de saúde familiar) a informação necessária para confirmarem a relevância da referenciação para a RNCCI.

Por conseguinte, o utente é inscrito no sistema de informação da RNCCI - GestCare® CCI, com a criação de um episódio, ficando a responsabilidade assumida por uma EGA ou ERACeS.

Logo que o processo do utente é considerado suficiente, de modo que contemple os critérios de admissão à RNCCI e identificado o tipo de cuidados apropriado para as necessidades do mesmo, é transferido (via GestCare® CCI) para a ECL, a fim de que se possa avaliar a existência de critérios e a adequação da tipologia de cuidados proposta pela EGA/ ERACeS, de modo a determinar, a admissão na equipa prestadora de cuidados.

A ECL então, ao confirmar o endereço residencial preferencial do utente e, após validar a proposta inicial, encaminha o pedido do utente para a ECR, de modo a identificar uma vaga na unidade ou equipa prestadora de cuidados mais próxima da área de domicílio do utente. Uma vez que a equipa prestadora de cuidados, por exemplo, a ECCI tem vagas, a ECR propõe o internamento, por conseguinte a ECL contacta a ECCI selecionada, para que esta possa confirmar a admissão do utente.

É de realçar que, logo a sua primeira visita domiciliar, é validada a data de admissão do utente, sendo que o mesmo fica sob responsabilidade da referida equipa (ECCI) até a sua alta, ficando então os seus cuidados sob a responsabilidade da Unidade de Saúde Familiar.

²Plano Individual de Cuidados (PIC): Documento dinâmico baseado numa avaliação que orienta a frequência e os serviços de saúde e/ou apoio social que um utente recebe. Tem por objetivo individualizar os cuidados e facilitar a sua continuidade (PORTUGAL. UMCCI, 2009a).

Assim, na primeira avaliação é realizada pela equipa nuclear (enfermeiro, médico e assistente social) nas primeiras 48 horas, onde é definido o profissional gestor de caso³, tendo em conta os objetivos da referenciação.

Cumprindo orientações da RNCCI, ao 8º dia após a admissão é efetuada nova avaliação/visita em equipa, sendo que estas avaliações se repetem com uma periodicidade de 15 dias até à alta do utente.

Quando definida a alta do utente, a equipa atualiza a respetiva informação na aplicação GESTCARE® CCI, para que o gestor de caso possa elaborar a Nota de Alta que, com uma antecedência mínima de 48 horas, é transmitida à ECL e a equipa de saúde familiar que acompanha o utente. A informação clínica, considerada relevante, produzida durante o acompanhamento do utente na ECCI segue com a Nota de Alta, tal como é também arquivada no gabinete da ECCI a informação mínima relativa ao episódio do utente. O processo conclui-se com a efetivação da alta no aplicativo da RNCCI - GestCare® CCI (PORTUGAL. UMCCI, 2011a). Todo este circuito (fluxo de referenciação da RNCCI) é exemplificado na figura 1⁴.

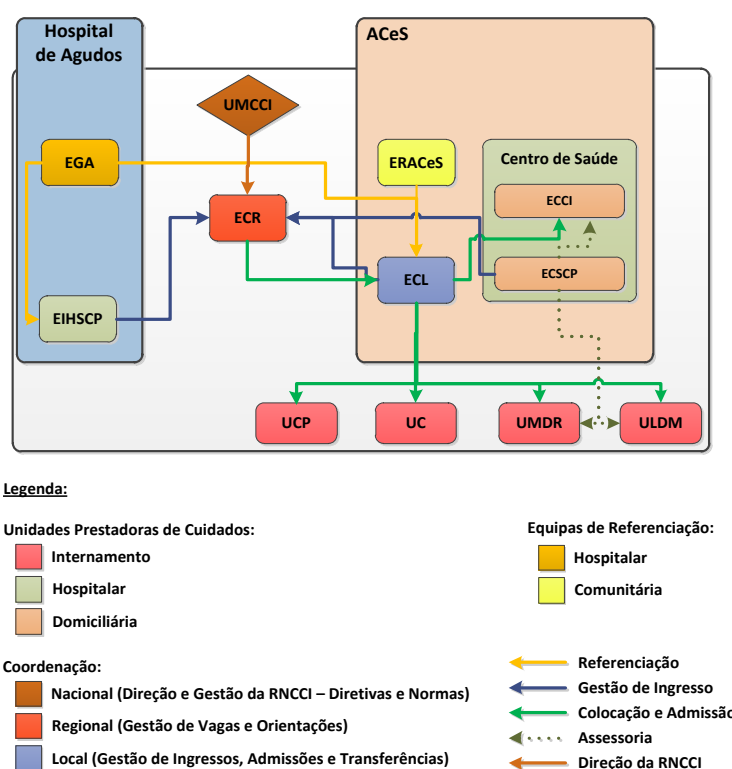


Figura 1: Fluxo de referenciação da RNCCI.

³ Gestor de Caso: Elemento de articulação entre todos os intervenientes (equipa, utente/prestador de cuidados, família), facilitando a comunicação e a coordenação entre a equipa prestadora de cuidados (ECCI) e o utente/família. É o responsável pela atualização e o acompanhamento do Plano Individual de Intervenção, consubstanciando-se num interlocutor privilegiado (PORTUGAL. UMCCI, 2009a).

⁴ Adaptado de http://www.socialgest.pt/_dlas/APCuidadosContinuadosIntegrados.pdf.

Deste modo, a Rede introduz uma nova dinâmica com o objetivo de adequar as suas unidades e equipas às necessidades das pessoas, de forma a reforçar o papel dos cuidados primários de saúde, apoiando, assim, a sua adequação às necessidades de saúde emergentes no país (PORTUGAL. UMCCI, 2011a).

Após dois anos da criação da RNCCI e no seguimento da reforma do Sistema Nacional de Saúde, em 2008, inicia-se a reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), através do DL nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, que apresenta como novidade a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), os quais têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica. Os ACeS são serviços desconcentrados das ARS, estando sujeitos ao seu poder de direção. Os centros de saúde, que antes se estruturavam em unidades funcionalmente autónomas, passam agora a ser componentes dos ACeS - cerca de aproximadamente 74 a nível nacional (Castanheira, 2011).

Desta forma, os ACeS estão organizados por unidades funcionais que integram um ou mais centros de saúde. Estas unidades funcionais podem ser específicas, nomeadamente, as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) ou transversais aos centros de saúde que integram um ACeS, nomeadamente as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (Sousa, 2009; Castanheira, 2011).

Ou seja, cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional com autonomia organizativa e técnica, que atua em intercooperação com as demais unidades funcionais, e cada unidade funcional tem a composição da equipa e o âmbito de prestação de cuidados bem definidos, como exemplificado na figura 2⁵.

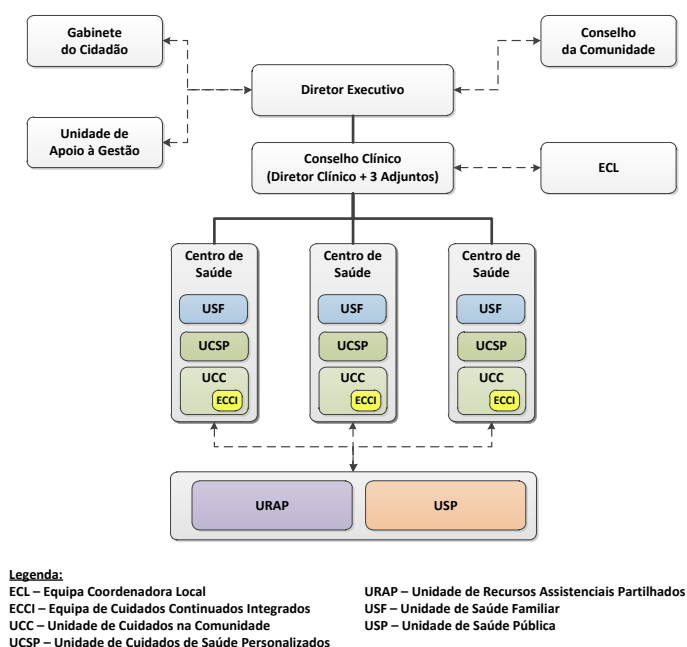


Figura 2: Estrutura orgânica dos ACeS.

⁵ Adaptado de <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=28>.

Especificamente na UCC, onde a ECCI e a ECL estão inseridas, são prestados cuidados de saúde e apoio psicológico/social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, atuando também na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Castanheira, 2011). Como previsto no DL nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, cada AGeS deverá ter constituída pelo menos uma ECCI de forma a dotar a Rede de uma estrutura de apoio domiciliário (Sousa, 2009).

Em relação a ECCI (contexto de nosso estudo), esta destaca-se como “(...) *uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros*” (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006a).

Desta forma, os seus objetivos são relacionados com os cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, envolvendo os utentes, familiares e outros prestadores de cuidados (enfermeiro de saúde mental, psicólogo) no sentido de apoiá-los no desempenho das atividades de vida diárias, como também dotá-los de competências e habilidades para responder às necessidades detetadas; bem como a produção e o tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e da RNCCI” (PORTUGAL. Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários [MSCP], 2007a).

Por conseguinte, tem como critério de admissão específico, que o utente em situação de dependência, reúna condições no domicílio para lhe serem prestados os cuidados de que necessita. Conferido este aspeto, os critérios de admissão para as ECCI concentram-se em dois tipos de utentes:

1. *“Pessoa em situação de dependência” que se enquadre nas seguintes características: ou ter uma intensidade de cuidados que ultrapasse os limites da capacidade instalada na equipa da USF, em harmonia com a sua carteira de serviços; ou ser uma pessoa acamada a maior parte do tempo, dependente maioritariamente de terceiros para realização das Atividades de Vida Diária (AVD), não abrangidas por USF (ou outra unidade funcional do CS); ou que, por doença, apresente “marcada impossibilidade (transitória/permanente) de se deslocar, autonomamente para fora do seu domicílio;*
2. *“Familiares/Cuidadores” que necessitam: “cuidados de suporte psicológico, formativo ou outro, prestado no domicílio do doente acima identificado” (PORTUGAL. Ministério da Saúde, MCSP, 2007a: 13-14).*

É também condição para a prestação de cuidados pelas ECCI que os utentes que deles necessitam residam (temporária ou permanentemente) na área de influência do CS (PORTUGAL. UMCCI, 2008).

Neste contexto de prestação de cuidados, os enfermeiros que atuam nas ECCI trabalham em articulação e complementaridade com outros profissionais de saúde, prestando cuidados assentes nos diagnósticos de enfermagem, no planeamento das intervenções e na avaliação do resultados, em ordem a perseguir a melhoria do bem-estar e conforto das pessoas em situação de dependência, seus prestadores de cuidados e família; contribuindo assim, para a efetividade dos cuidados e eficácia dos serviços prestados pela ECCI, bem

como para a existência de informação – registos de enfermagem – que traduzam as práticas dos enfermeiros e os resultados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2009).

Os enfermeiros desempenham neste âmbito um papel crucial, que se ajusta perfeitamente a uma das muitas vertentes da profissão, respondem aos três níveis de prevenção (ou de prestação de cuidados): primária, secundária e terciária, com enfoque específico no acompanhamento dos processos de transição das famílias, prevenção da doença, promoção da saúde e reabilitação, para além da dimensão curativa e paliativa (OE, 2012).

Desta forma, constituindo a manutenção da pessoa no domicílio uma característica privilegiada dos cuidados continuados, não só pela redução dos custos a nível do sistema de saúde, mas principalmente por ir de encontro às expectativas tanto das pessoas idosas e dependentes como das suas famílias (Koch, 2007; Philipson & Roberts, 2007; Tavares, 2008; Wang et al., 2011), torna-se necessário a gestão eficiente da informação, de forma a assegurar a qualidade dos cuidados bem como a sua continuidade.

Assim, os diferentes níveis de resposta num sistema de saúde devem ser planeados de forma articulada, desde logo, com partilha de informação, a fim de que se garantam a sua continuidade aos cuidados integrados até o domicílio (PORTUGAL. UMCCI, 2011a).

Por conseguinte, Azevedo (2010) complementa que, a transição do cliente do hospital para o seu domicílio, ficará muito mais facilitada se a informação fidedigna e adequada estiver disponível para que o enfermeiro da equipa prestadora de cuidados seguinte consiga efetuar uma avaliação inicial com maior eficiência.

Deste modo, a continuidade de cuidados deverá ter como condição essencial uma comunicação aberta e eficaz entre as áreas de atuação, pelo que a implementação de sistemas de informação que permitam a troca de informação relevante e atempada constitui-se uma prioridade para que a continuidade dos cuidados desejada seja alcançada (Faustino et al., 2002).

1.2 Sistema de Informação em Saúde

Ao longo dos últimos anos temos presenciado grandes mudanças nos cuidados de saúde, no modo como é realizada a prestação de cuidados e no contexto onde é realizada. Todos esses desenvolvimentos a nível populacional, de saúde e tecnologia, requerem do profissional de saúde, uma informação completa, precisa e oportuna do cliente, a qual deve ser suportada pela utilização dos sistemas de informação (Tavares, 2008).

Um sistema só será útil se fornecer informação válida para os enfermeiros, sendo que estes precisam ter acesso à informação relevante, seja este sistema em papel ou da mais alta tecnologia (Toromanovic et al., 2010; Creswick et al., 2012).

Com efeito, os Sistemas de Informação (SI) são determinantes para a qualidade, segurança, eficácia, eficiência e efetividade dos cuidados prestados pelos diferentes profissionais de saúde (Mahler et al., 2007), independentemente do contexto, natureza jurídica da organização ou local em que a prestação de cuidados tem lugar (Jesus & Sousa, 2011).

Em informática em enfermagem a área mais direcionada à procura de soluções para apoiar a prática profissional é a de Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), sendo esta uma parte integrante dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Para Safran e Leslie (2001) citados por Marin (2010: 21) o sistema de informação em saúde é *"(...) um sistema de informação usado dentro de uma organização de assistência à saúde para facilitar a comunicação, integrar a informação e documentar as intervenções do cuidado, de forma a garantir, de um lado, o registo e, por outro, apoiar as demais funções da instituição"*.

Em Portugal, à semelhança daquilo que se assiste noutros contextos, há cerca de duas décadas que os trabalhos de Silva (1995, 2001), Sousa e colaboradores (1999), Pereira (2001, 2007) e Sousa (2006) têm vindo a colocar em evidência a problemática da informação associada aos cuidados de enfermagem. De facto, vários autores reconhecem o capital associado à qualidade dos SIS, na medida em que estes asseguram (ou deveriam assegurar) a informação útil e necessária às diversas funções dos profissionais de saúde e as diferentes vertentes de prestação de cuidados, por exemplo, hospitalar e cuidados comunitários (Silva, 2001; Sousa, 2006; Pereira, 2007; Marin, 2010; Mota, 2010).

Aliás, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003: 13), *"(...) nunca como agora a necessidade de informação adequada à prestação de serviços foi tão prementemente sentida. A forma como a informação é fornecida e usada tem mudado rapidamente com o desenvolvimento de aplicações específicas de apoio ao diagnóstico e tratamento e, ainda, devido à pressão gerada pela necessidade de rentabilização em função dos custos da saúde"*.

1.2.1 Informação em Enfermagem

É um facto que, cada vez mais, o sucesso das organizações depende dos conteúdos informativos de que dispõem. Com efeito, a informação constitui-se atualmente como um dos recursos cuja gestão e aproveitamento, mais influencia o sucesso das organizações de saúde (Sousa, 2006).

Desta forma, *"(...) um determinado item de informação é utilizado como um recurso, na medida em que influencia fortemente todas as tomadas de decisão, quer seja a nível clínico, organizacional, ou de gestão (...)"* (Mota, 2010: 42), sendo *"(...) o elemento central para o processo de decisão e um requisito fundamental para a gestão dos cuidados de saúde"* (Barra & Sasso, 2011: 1142).

Para Pereira (2007), a informação de enfermagem representa o conjunto de dados que são relevantes para a Enfermagem, referentes ao utente, à sua situação social e de saúde, onde a Enfermagem é uma atividade baseada na interação humana e, como tal, caracterizada por *"uma riqueza informativa notável"*.

Logo, partilhamos a opinião de Sousa (2006: 34) quando refere que informação é o “*(conjunto de dados) que fornecidos atempadamente e de forma adequada a um determinado propósito, pode proporcionar orientação, instrução e conhecimento, ficando este utilizador mais habilitado a desenvolver determinada atividade ou decidir face a um determinado contexto*”.

Delaney e Moorhead (1995) assinalam que sendo a informação o resultado do processamento de dados e o conhecimento de uma disciplina ou área construído pela transformação da informação, então, o conhecimento depende do acesso ao dado e à informação gerada.

Deste modo, a progressão dos dados até ao conhecimento, no contexto da enfermagem, “*faz-se em duas dimensões: ao nível da tomada de decisão clínica e ao nível da gestão organizacional da informação que, resultando da assistência, é documentada nos SIE*” (Pereira, 2007: 53).

Em relação à afirmação supracitada, Jesus (2006) enfatiza a necessidade de permanente procura, recolha, análise e processamento de dados, tendo por finalidade a formulação de inferências diagnósticas, a prescrição de intervenções e a definição de resultados, que significam, em si mesmo, a progressão dos dados até ao conhecimento, no quadro da tomada de decisão clínica. Segundo o mesmo autor, tomar decisões implica escolher entre várias hipóteses possíveis, aquela que segundo o julgamento no momento, parece ser a mais adequada para dar uma resposta à situação identificada, atingindo assim os objetivos pretendidos, com a máxima eficiência e eficácia.

Deste modo, “*(...) os juízos clínicos que cada enfermeiro vai construindo ao longo do processo de cuidados assumirão consistência, de acordo com a capacidade de interpretar, analisar e inferir em função da informação que está disponível (...)*” (Jesus & Sousa, 2011: 231), tornando assim evidente a necessidade de SIE que suportem a prática clínica.

Assim, o acesso a informação de qualidade é imprescindível para que se efetuem juízos clínicos adequados para assegurar a continuidade dos cuidados, como também para a construção do conhecimento oriundo do contexto das práticas (Moen, 2003; Azevedo, 2010).

Por conseguinte, o valor da informação irá decorrer da capacidade da sua utilização (Sousa, 2006). Na opinião de Pereira (2001: 75) quando introduzimos o conceito de relevância da informação estamos, à partida, a admitir que, “*(...) nem toda a informação produzida, processada e gerida na dinâmica dos cuidados tem a mesma importância, na perspectiva dos enfermeiros, para efeito de continuidade dos cuidados, sendo esta consequência do valor que lhe é atribuído*”. Ou seja, a relevância da informação encontra-se diretamente dependente da perceção do utilizador final (enfermeiro), que é responsável pela tomada de decisão, considerando que a informação é de qualidade se ela for relevante para as suas necessidades.

Neste sentido, em relação à “qualidade da informação”, Wang, Reddy e Kon (1995) afirmam que esta é um conceito multidimensional e propõem alguns fatores que a compõem, sendo eles:

- a) o usuário deve ser capaz de obter os dados, o que significa que os dados devem ser acessíveis;

- b) compreender a sintaxe e a semântica da informação;
- c) a informação deve ser útil;
- d) a informação deve possuir credibilidade para o usuário.

A qualidade da informação também é apresentada como uma variável importante nos modelos de avaliação do impacto dos sistemas de informação, como por exemplo, o Modelo de DeLone e McLean (1992, 2003), denominado “Modelo de Sucesso dos Sistemas de Informação” e o Modelo HOT-fit de Yusof, Kuljis, Papazafeiropoulou e Stergioulas (2008). Nestes modelos, principalmente no modelo revisto em 2003 de DeLone e McLean, os autores utilizam a qualidade da informação, bem como a qualidade do sistema e a qualidade dos serviços como as variáveis independentes, que por sua vez, influenciam a intenção de utilização e a satisfação do utilizador em relação aos sistemas de informação. Assim, podemos considerar que, a qualidade da informação disponibilizada influencia diretamente a intenção de usar/uso do sistema de informação, bem como a satisfação do utilizador.

Desta forma, a disponibilidade da informação para a qualidade dos cuidados é fundamental, na medida em que “(...) a informação é a fonte da vida da promoção da qualidade. Sem ela nada pode ser feito” (Donabedian, 2003: 78).

Por conseguinte:

“(...) a não disponibilidade de informação de saúde no momento e local em que aquela se torna necessária, surge cada vez mais referida como incompreensível e anómala, por parte dos atores que atuam na cadeia de valor da prestação de cuidados de saúde, quer se trate de profissionais, quer se trate de cidadãos enquanto utentes”(PORTUGAL. Ministério da Saúde, Administração Central dos Sistemas de Saúde [ACSS], 2009b: 7).

Contudo, a questão da acessibilidade da informação merece algumas reflexões, pois “a sua disponibilidade não significa que ela foi entendida. Há de considerar que ela precisa ser compreendida por todos e não somente pela parcela que consegue decodificá-la, e por consequência, significá-la” (Peterlini & Zagonel, 2006: 420).

Assim, questões relativas à organização e disponibilização da informação (concebida como um recurso com valor), que resulta dos cuidados prestados aos clientes, merecem destaque, na medida em que têm fortes impactos nas diversas dimensões da qualidade assistencial, das quais a “continuidade dos cuidados” assume particular centralidade (Mota, 2010).

Sousa (2005), considera que o conceito de continuidade dos cuidados reporta-se acima de tudo, às estratégias de planeamento. O objetivo será dar continuidade ao que está planeado, ao que foi iniciado e precisa de ser continuado, para se obter um resultado esperado, reduzindo ao máximo o efeito de assistência em saúde por múltiplos intérpretes.

Luz (2003: 35) por sua vez, menciona que "(...) *a continuidade dos cuidados favorece o conhecimento do utente não como elemento isolado, mas sim intimamente integrado num grupo familiar e na sua comunidade*". Pelo que é indispensável conhecer o mundo particular de cada utente, para que desta forma os cuidados sejam centrados nele.

De facto, o conceito de continuidade dos cuidados apresenta diferentes conotações, sendo um conjunto de atividades que envolvem profissionais de saúde, utentes, famílias ou instituições, tendo como objetivo garantir que os cuidados não sejam interrompidos, aquando da mudança dos cuidadores.

Desta forma, continuidade dos cuidados assume-se como um processo longitudinal, de sequencialidade (Saultz, 2003), caracterizado pela articulação inter-organizacional de saúde, com especial tónica na coordenação entre os múltiplos intervenientes no processo de assistência e cuidado e, sobretudo na troca de informação relativa ao estado de saúde do cliente (Haggerty et al., 2003).

Segundo Hayrinen, Lammintakanen e Saranto (2010) a continuidade nos cuidados depende diretamente da quantidade e qualidade da informação produzida pelos diversos profissionais que intervêm no cuidar a um cliente.

Com a crescente preocupação com a qualidade e continuidade dos cuidados, as organizações de saúde apostam na implementação e atualização de SI para otimizar os seus processos e, assim, maximizar resultados (Martins, 2006; Pereira, 2007), pois a qualidade dos cuidados prestados está diretamente relacionada com a qualidade da informação disponível aos profissionais de saúde e, a gestão da informação clínica é uma parte fundamental da sua atividade diária (Currell & Urquhart, 2003).

Sendo assim, Marin (2010: 22) afirma que:

"a informação é essencial para a Enfermagem, na medida que os enfermeiros necessitam da informação para poder exercer o processo de cuidado, de gerenciamento, de avaliação (...) onde todas as atividades estão relacionadas com a busca e o uso da informação. Neste sentido, quanto melhor os sistemas informatizados conseguem registrar, armazenar e disponibilizar esta informação, tanto melhor será o ato do enfermeiro – melhor informação, maior qualidade na tomada de decisão".

Torna-se, por isso, primordial definir SIE, que traduzam estruturas sólidas, capazes de reunir, guardar, processar e facultar informação relevante, de modo acessível e útil para todos os que querem e possam utilizar (Sousa, 2006).

1.2.2 Sistemas de Informação em Enfermagem

Na sequência da abordagem que realizamos à problemática da informação, percebemos a importância que os SIE estabelecem neste contexto. Dado o aumento crescente do volume de informação produzida pelos enfermeiros, a sua gestão eficaz só é possível quando suportada por sistemas que lhe assegurem a informação necessária para o desejado desenvolvimento de suas atividades (Sousa, 2006).

Segundo (Sousa, 2006: 42) a introdução dos SIE, constitui uma mais valia, na medida em que:

“podem servir de suporte legal nos cuidados de enfermagem prestados (documentação legal); dar visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde, nomeadamente para os ganhos em saúde das populações; facilitar a gestão e formação; promover a investigação e promover a continuidade nos cuidados”.

É de destacar que vários estudos internacionais apoiam esta perspetiva e ainda acrescentam novas possibilidades, tais como: reduzir o tempo de documentação e registo clínico; propiciar o desenvolvimento e a melhoria do raciocínio e julgamento clínicos; aumento na agilidade de encontrar a informação pretendida e a manutenção ou acréscimo de qualidade do cuidado direto (Koch, 2007; Häyrynen et al., 2010; Ammenwerth et al., 2011). É neste sentido que, otimizar os SIE e o fluxo de informação nas instituições de saúde, precisa ser encarado como estratégia fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos (PORTUGAL. Ministério da Saúde; ACSS, 2009).

Perante a realidade exposta, os Sistemas de Informação em Enfermagem podem aprimorar, organizar e fortalecer o cuidado de Enfermagem, fornecendo em tempo real todo e qualquer dado que o enfermeiro necessita para o desenvolvimento de suas ações (Peterlini & Zagonel, 2006; Barra & Sasso, 2011).

Contudo, Mota (2010) refere que a implementação e reengenharia dos SI nos serviços de saúde, não têm sido conduzidos, da melhor forma, e que devem ser consideradas algumas contingências, como por exemplo, os problemas como a falta de interoperabilidade⁶, que podem influenciar seriamente a continuidade dos cuidados e, conseqüentemente a qualidade dos mesmos. A mesma autora acrescenta ainda que, procurar soluções de partilha de dados, é um desafio de primeira linha, tendo em conta a relevância da informação produzida para a continuidade dos cuidados.

Com efeito, Azevedo (2010) no seu estudo sublinha que grande parte das “ilhas de informação”⁷, devem-se a SI adquiridos sem uma política de integração dos sistemas, originando dificuldades de inter-relação entre os diversos SI existentes no contexto de saúde, o que pode colocar em causa a perceptibilidade da sua utilidade pelos seus utilizadores e condicionar em larga medida a eficiência no tratamento da informação daí resultante.

De facto, Sousa (2006) refere que a maior parte das unidades de saúde em Portugal possui, por motivos históricos, um conjunto de “ilhas” de SI que foram sendo adquiridos à medida das necessidades, mas sem que existisse uma estratégia ou políticas de integração dos SI. Por este motivo, é frequente verificar nos atuais SI das unidades de saúde grandes sinais de falta de interoperabilidade entre os sistemas existentes (recentes ou não) e deficiente integração dos sistemas informáticos nos processos.

⁶Interoperabilidade é interpretada como a coerência e adequada conectividade entre os diversos subsistemas de informação e aplicações informáticas (PORTUGAL. Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2009c)

⁷Ilhas de Informação: Diversas fontes de dados, residentes em plataformas díspares e isoladas, utilizando tecnologias de implementação e armazenamento distintas, que obrigam a um esforço suplementar para alcançar a agregação satisfatória da informação útil à comunidade prestadora de serviços de saúde (Sousa, 2006: 36).

É de realçar que se encontra na literatura vários exemplos que ilustram as dificuldades sentidas na gestão da informação que resulta dos cuidados de enfermagem (Poissant et al., 2005; Mota, 2010). Na opinião de Marin e colaboradores (2001: 4), além da falta de interoperabilidade, *“o fator chave para a deficiente utilização dos dados na geração de informação está na falta de mecanismos de transformação dos dados em informação que a tornem disponível em formatos que seja facilmente compreendida pelas pessoas certas, no momento certo”*. Por sua vez, Sousa (2005: 21) afirma que *“(...) a falta de critérios sobre o que registar, (...) traduz redundância de informação numa área e escassa ou inexistente em outras, não refletindo a realidade do desempenho dos enfermeiros”*.

Uma revisão sistemática realizada por Jefferies, Johnson e Griffiths (2010) a nível internacional consensualiza que a documentação (registos) do processo de enfermagem devem cumprir alguns requisitos, tais como, a apresentação da informação de modo lógico e sequencial (ciclo: identificação, diagnóstico, intervenção, resultado e reavaliação); deve refletir o juízo clínico do enfermeiro; utilizar linguagem classificada, num vocabulário que padronize os termos clínicos da prática assistencial; e não menos importante, cumprir os requisitos legais, explicando o porquê das decisões tomadas acerca dos cuidados.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (2007) tem procurado através de um conjunto de iniciativas, estimular quer os responsáveis pelas organizações e os profissionais, quer as empresas do setor a desenvolverem sistemas informáticos que possam suportar os SIE, tendo para tal sido publicadas um conjunto de normas que orientem seu desenvolvimento, nomeadamente os “Sistema de Informação em Enfermagem – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais – versão Abril de 2007” e “Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem” (OE, 2007).

De acordo com o documento sobre as categorias de conteúdos e principais requisitos técnico-funcionais, a OE (2007) definiu algumas das regras que a seguir se sumarizam: a) Diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados (onde o domínio das intervenções iniciadas pela prescrição do enfermeiro, constitui a essência do modelo do SIE); b) Aspectos centrais do SIE, nomeadamente:

- A CIPE® como referencial de linguagem no SIE;
- A possibilidade de parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados;
- A articulação entre a linguagem natural e linguagem classificada;
- A organização das intervenções de enfermagem a implementar;
- A integridade referencial entre: diagnósticos, status, intervenções e dados de observação e vigilância do cliente;
- A capacidade de resposta a resumo mínimo de dados de enfermagem;

A inclusão da CIPE® para a descrição de cuidados é particularmente relevante no que respeita aos diagnósticos, às intervenções e aos resultados de enfermagem – por ser uma terminologia de referência e um sistema

unificador entre as diferentes linguagens classificadas de enfermagem, concorre para a necessária partilha de significados essenciais na geração de sínteses informativas capazes de promover a gestão da informação (Azevedo, 2010). O que permitirá, no tempo, a comparação de dados, a obtenção de indicadores de qualidade, a investigação e a fundamentação para a tomada de decisão política (OE, 2009).

É neste sentido que deve ser dada atenção para os princípios de adequação e pertinência dos SIE, os quais apontam para a “necessária” e “indispensável” partilha dos dados em função dos objetivos e cuidados de enfermagem a prestar (OE, 2007: 6).

Neste contexto, Sousa (2005) admite que a estrutura de partilha de informação de enfermagem pode proporcionar uma maior integração dos níveis de cuidado, tornando as comunicações mais efetivas; maior acessibilidade aos cuidados, traduzindo em uma diminuição do tempo de espera para a obtenção de cuidados de enfermagem apropriados e maior qualidade dos cuidados, pois a articulação vai induzir maior eficiência no funcionamento do sistema e contribui para um aumento dos conhecimentos dos profissionais envolvidos, devido à partilha de informação.

Desta forma o desenvolvimento de uma estrutura de partilha de informação e a articulação dos SIE interinstitucionais deve ter como objetivo fundamental melhorar de modo significativo e através da continuidade dos cuidados, o acesso e a qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2007).

Ao apostar na informatização e intercomunicabilidade dos SIE, pretende-se viabilizar uma maior circulação e partilha de informação, com uma maior redução do tempo de acesso aos cuidados de enfermagem.

1.2.3 Sistemas de Informação da RNCCI

Nas ECCI que integram a ARS – Norte, além das aplicações do SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem e SAM - Sistema de Apoio ao Médico (cuja finalidade é semelhante ao SAPE, porém é dirigida a informação de produção e consumo médico), disponibilizadas pelo antigo ACSS, recentemente designado Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), existe ainda a utilização de uma aplicação voltada especificamente para a RNCCI, denominada GestCare® CCI, que como não evoluiu a partir do SAPE ou SAM, a sua interoperabilidade (técnica) está dependente da existência de integrações e da qualidade das mesmas (Castanheira, 2011).

Relativamente ao registo das atividades nas ECCI, estes são efetuados diariamente nos Sistemas de Informação específicos para cada grupo profissional (SAPE para os enfermeiros e o SAM para os médicos) e pontualmente a cada avaliação ou intercorrência (ex.: episódio de agudização) na aplicação informática exclusiva da RNCCI – GESTCARE® CCI, que não tem qualquer interoperabilidade técnica com o SAPE. Este aplicativo (GestCare® CCI) serve como repositório da informação produzida pelas diversas estruturas da Rede, desde a informação de identificação e referenciação colocada pelas EGA, à informação de validação/confirmação das propostas pelas ECL, às observações e validações da responsabilidade da ECR e às informações de avaliação periódica das unidades prestadoras de cuidados.

1.2.3.1 GESTCARE® CCI

Para otimizar o funcionamento da RNCCI, de modo a assegurar uma referenciação correta e o acompanhamento da situação do utente, a UMCCI (entidade gestora da RNCCI), tendo autonomia de decisão a nível dos SI (em articulação com a antiga ACSS e em integração com as orientações do Ministério da Saúde) optou pelo desenvolvimento de um SI à medida, optando pelo sistema GestCare® CCI, implementado no último trimestre de 2007 por um contrato com empresa Care4IT (Care4IT, 2009).

Desde a UMCCI, às ECR, EGA/ERACeS, ECL, ou Unidades/Equipas Prestadoras de Cuidados, todas têm acesso aos módulos de informação que lhes estão atribuídos. Assim, o seu funcionamento, *web*, em tempo real, permite responder às necessidades de todos os níveis da Rede. São vários os módulos de avaliação disponíveis, associados ao utente e a cada um dos seus episódios⁸ na Rede de Cuidados Continuados Integrados.

Segundo a UMCCI (2010) a referenciação e monitorização da RNCCI, feita através do aplicativo informático GestCare® CCI exige o preenchimento dos módulos disponíveis *on-line*. Assim, visando a qualidade da referenciação e dos cuidados prestados nas unidades de internamento e equipas domiciliárias, e para que a UMCCI possa dispor de dados que permitam uma monitorização contínua, estas devem proceder ao preenchimento dos módulos do aplicativo e respeitar a periodicidade expressa (PORTUGAL. UMCCI, 2010a).

Para as ECCI os módulos de preenchimento obrigatório são respetivamente:

Na admissão do utente na ECCI:

1. Avaliação Médica;
2. Avaliação Enfermagem;
3. Avaliação Social;
4. Outras Avaliações (atualizações);
5. Avaliação do Risco de Úlceras;
6. Avaliação de Úlceras de Pressão (sempre que presente e uma avaliação por úlcera detetada);
7. Instrumento de Avaliação Integrada - IAI (Biopsicossocial) - tipo de avaliação "Admissão";
8. Avaliação do Risco de Diabetes (sempre que presente);
9. Avaliação do Risco de Quedas.

⁸Episódio: período que decorre desde a primeira comunicação de um problema de saúde e/ou social a um prestador de cuidados, até à realização do último encontro respeitante a esse mesmo problema (PORTUGAL. UMCCI, 2009a).

No acompanhamento (oitavo dia após a admissão e depois quinzenalmente):

1. As atualizações das avaliações (médica, enfermagem, social, outras avaliações);
2. IAI - Instrumento de Avaliação Integrada;
3. Avaliação de Úlcera de Pressão (quinzenalmente e sempre que presente - uma avaliação por úlcera);
4. Avaliação de Diabetes - sempre que presente;
5. Risco de Queda.

No momento da alta devem proceder às atualizações das avaliações (médica, enfermagem, social e outras avaliações), o IAI, a avaliação do risco de diabetes e de úlcera de pressão (sempre que presente) e a nota de alta com a informação sumária acerca do que foi realizado (PORTUGAL. UMCCI, 2010a).

Este sistema de registo que se iniciou há cerca de cinco anos, tem vindo a desenvolver novos campos de registo (Care4IT, 2009). Segundo a coordenadora da UMCCI, a principal funcionalidade do GestCare® CCI é ser apenas uma ferramenta de gestão, para além de se assumir, como instrumento de avaliação integrado (Care4IT, 2009), não se constituindo desta forma como um sistema de informação clínico.

É de destacar também que, neste tipo de SI, a documentação está centrada nas tarefas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, com critérios de organização da informação que dificultam a sua recuperação, muito por força da não utilização da linguagem classificada, no caso dos registos de enfermagem pela não utilização da CIPE®, contrariando o conjunto de requisitos técnico-funcionais estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (2007) citados anteriormente.

A não utilização da linguagem classificada, dirigida à especificidade da Enfermagem, por parte do GestCare® CCI poderá colocar algumas questões à lógica da partilha de informação entre os enfermeiros, no sentido da promoção da continuidade dos cuidados. Neste contexto, está implícito na lei de bases da Saúde (Lei nº 48/90) que os serviços de saúde se estruturam e funcionem de acordo com os interesses dos utentes e se articulem entre si, de modo a promover a continuidade dos cuidados (OE, 2007).

1.2.3.2 Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE

O SAPE no contexto da RNCCI, particularmente nas ECCI, torna-se como o único repositório específico (centrado no processo de continuidade de cuidados) do processo de enfermagem em uso no contexto dos cuidados de saúde primários, no contexto da região Norte de Portugal, uma vez que nesta região 100% das equipas o utilizam. Apesar do papel essencial que os sistemas de informação exercem nos cuidados de saúde primários, o primeiro grande investimento na informatização deste nível de cuidados ocorreu apenas na década de 90, com a iniciativa do Ministério da Saúde através do ex-IGIF (atual SPMS) ao implementar o projeto

do cartão de identificação do utente no SNS e com isso, desenvolver um sistema estrutural e integrado de informação para os Cuidados de Saúde Primários denominado SINUS (Sistema de Informação para Unidades de Saúde), que teve como pressuposto o modelo orgânico funcional dos CSP que vigorava naquela época (Castanheira, 2011).

Por conseguinte, na mesma década, o antigo IGIF, desenvolve com a colaboração da Escola Superior de Enfermagem de São João (atual Escola Superior de Enfermagem do Porto) o SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - designação atribuída pelo IGIF que resultou dos trabalhos de Sousa e colaboradores (1999), para a realidade dos Centros de Saúde, e Silva (2001), para o contexto hospitalar.

Nos Centros de Saúde o SAPE integra o SINUS (Sistema de Informação para Unidades de Saúde) que é um sistema de gestão de utentes que está instalado em todos os centros de saúde/extensões de saúde.

Desta forma, o SAPE comunitário tem uma conceção que evolui a partir do modelo de dados do SINUS (comunitário) e é caracterizado por ser um SI local - têm a sua base de dados própria, local, onde é guardada grande parte da informação clínica sendo os restantes módulos recolhidos através de interfaces com o sistema SINUS (Pereira, 2007; Castanheira, 2011).

Capítulo 2

Materiais e Métodos

Neste capítulo serão descritas a justificação, a finalidade bem como as questões de investigação que emergiram dos objetivos delineados e que estão adjacentes a um desenho de estudo que engloba dois momentos. O primeiro momento envolve um estudo de carácter exploratório, de perfil qualitativo e que teve como propósito identificar o valor atribuído pelos enfermeiros à informação relevante e a sua acessibilidade, no seu contexto real (ECCI), para que pudéssemos evoluir com maior propriedade para a construção de um instrumento (questionário) para o segundo momento, de âmbito quantitativo dedicado a vertente descritiva do estudo, orientado para a identificação de "regularidades" da informação considerada relevante e o grau de acessibilidade desta.

No seguimento deste capítulo, são apresentados o contexto do estudo, a população e amostra e os procedimentos éticos considerados ao longo do estudo. Para finalizar, são apresentadas estratégias para a recolha e análise dos dados, de acordo com cada momento do estudo.

2.1 Justificação

Em Portugal, nas últimas décadas, tem surgido uma sensibilização e consciencialização emergente da necessidade dos próprios enfermeiros assumirem a responsabilidade pelo estudo e desenvolvimento dos sistemas de informação e documentação de enfermagem, que para além de serem contributos para as áreas da gestão, funcionem como promotores da comunicação e continuidade dos cuidados de enfermagem (Silva, 2001; Pereira, 2001, 2007; Sousa, 2006; Jesus, 2006; Mota, 2010).

Como afirma Sousa (2006: 9) *“Hoje, fica difícil descrever quais seriam os principais avanços que a*

enfermagem, enquanto ciência e arte têm conseguido obter de forma isolada, sem sofrer influência ou sem utilizar os recursos da tecnologia da informação”.

Como é natural, o conteúdo e quantidade da informação resultante dos cuidados de enfermagem também mudaram substancialmente, e por mais que se busquem soluções compatíveis com a real necessidade, muitos dos sistemas de informação em enfermagem disponibilizados não oferecem aos enfermeiros o apoio necessário para a tomada de decisão de forma adequada, e conseqüentemente não asseguram de forma plena a continuidade dos cuidados. Desta forma, “...*tornam-se pouco úteis no apoio oferecido aos enfermeiros para a prática*” (Sousa, 2006: 09).

Como referido no capítulo anterior, o SIE utilizado para referenciação e monitoração da RNCCI - o GestCare® CCI, foi criado e implementado sem que houvesse a preocupação de definir uma política coerente e integrada para com os sistemas de informação já existentes, originando dificuldades de interoperabilidade entre eles, como por exemplo, no contexto das ECCI que integram os AceS da ARS – Norte, o SAPE; o que pode em parte, colocar em causa a sua utilidade perante os seus utilizadores, neste caso, os enfermeiros.

Aliás, os relatórios primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) há muito tempo apontam para isso, como pode-se ler no relatório do OPSS de 2006:

“Mais uma vez, parece continuar a não haver uma linha estratégica no que respeita aos sistemas de informação das instituições de saúde em relação às quais deve haver uma maior fluidez de informação. São as necessidades não satisfeitas dos profissionais de saúde em relação à informação disponibilizada e a quase incomunicabilidade entre os sistemas de informação de várias instituições (...)” (PORTUGAL. OPSS, 2006c: 188).

Em 2007 o relatório do OPSS volta a fazer referência aos SIS citando “(...) *há um longo trabalho a percorrer para se obter um sistema robusto e à altura das necessidades nomeadamente no apoio à decisão estrutural (...) e no apoio ao desempenho clínico (...)*” (PORTUGAL. OPSS, 2007b: 69).

Nos subseqüentes relatórios de 2009, 2010, 2011, um dos aspectos mais citados ao longo dos anos é a necessidade de investir nos SIS e na questão essencial da sua interoperabilidade entre os diversos subsistemas e aplicações informáticas, afim de reduzir as ainda existentes desigualdades no acesso à informação acerca dos clientes.

Em 2012 o OPSS reitera que a RNCCI se constitui como um dos mais importantes projetos de política social e de saúde, com evidentes repercussões ao nível dos indicadores de saúde e bem-estar de um grupo populacional particularmente vulnerável. Todavia e para que a referida Rede possa ter um desenvolvimento sustentável, refere que é preciso acautelar as questões que envolvem os SIS, nomeadamente a falta de interoperabilidade entre as novas aplicações informáticas e as já existentes nas unidades de saúde e as desigualdades no acesso à informação, de modo a assegurar uma efetiva continuidade de cuidados.

Porém, introduzir alterações em SI que já estão funcionando há bastante tempo não é fácil, requer uma reengenharia especializada e capacitação/atualização dos profissionais utilizadores, para que possam usufruir

eficientemente da nova ferramenta. No entanto, se cada profissional que utiliza o sistema de informação em enfermagem tiver conhecimento da informação que é relevante para atingir o objetivo esperado, seja de continuidade do cuidado, de coordenação ou referência, torna-se mais fácil atuar, e conseguir mais rapidamente obter resultados de forma satisfatória.

Estudos internacionais corroboram esta afirmação, enfatizando a necessidade de se investigar os SIS destinados ao contexto comunitário e de assistência domiciliar, devido ao aumento do envelhecimento mundial, de forma a servirem de ferramentas de suporte à tomada de decisão dos profissionais de saúde e promotores da continuidade dos cuidados (Hovenga, 2007; Koch, 2007; Philipson & Roberts, 2007).

Philipson e Roberts (2007) referem que a área de SI dirigida aos cuidados continuados domiciliários ainda se encontra um “campo verde” a se estudar, embora existam sistemas de informação para esta área já disponíveis. Segundo ele, embora alguns dos SI que servem de apoio a documentação dos cuidados aos idosos/dependentes já existam, normalmente tem suas arquiteturas de sistemas próprios, o que resulta em uma falta de interoperabilidade entre os SIE existentes.

Uma revisão sistemática realizada por Jefferies, Johnson e Griffiths (2010) apresentava apenas oito estudos na área dos SIE voltados para o contexto do cuidado continuado domiciliário de um total de 48 artigos, evidenciando o resultado de Koch (2007) que indica a necessidade de estudos acerca de SIE na área dos cuidados continuados direcionados à população idosa, sobretudo nos países onde esta, representa uma grande parcela da população (Austrália, Estados Unidos e Europa).

A iniciativa norte americana da *US-based eHealth* e a *Health Informatics Society of Austrália* citadas por Alzougool e colaboradores (2008) reconhecem a necessidade de pesquisar a relevância da informação e sua acessibilidade a partir dos seus utilizadores, de forma a desenvolver SIE que respondam eficazmente às atuais problemáticas (alto índice demográfico e epidemiológico mundial). Estes autores ainda afirmam que a base para a conceção e bom funcionamento dos SIE parte da cuidadosa identificação e análise da informação considerada útil pelos seus utilizadores.

Mais recentemente, no contexto português, a Ordem dos Enfermeiros (2012)¹ publicou sua posição relativa aos SIE disponíveis nas ECCI:

“(...) a duplicação de registos em várias plataformas informáticas (GestCare® CCI, SAPE) e no processo individual do utente, dos clientes em ECCI pode levar o enfermeiro a consumir até 60 minutos por utente. A própria plataforma SAPE não se encontra parametrizada à dinâmica da UCC, o que leva à utilização de registos paralelos em bases de dados criados para cada programa de saúde.”

Por conseguinte, defende como fundamental o investimento dos sistemas de informação para os cuidados domiciliários, assente num sistema de informação dotado de interoperabilidade. Para o efeito, preconiza-

¹Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Posi%C3%A7%C3%A3oPublicadaOrdemdosEnfermeiros.aspx>

se uma articulação constante e profunda com os Centros de Investigação, só assim, se cumprirá a sequencialidade dos cuidados centrados nas necessidades dos utentes (OE, 2007).

De modo geral, embora haja reconhecimento sobre a importância em identificar a informação útil para garantir a continuidade dos cuidados, nem sempre esta informação está disponível. Para que os cuidados domiciliários se constituam uma realidade, há que assegurar o estímulo a criação de estruturas, que permitam a manutenção da pessoa alvo de cuidados em casa, o que é reconhecido em alguns estudos como mais económico e gerador de equidade no sistema de saúde (Koch, 2007; Wang et al., 2011).

Assim, como defendem (Silva, 2001; Sousa, 2006; Pereira, 2007), estudos que pretendem contribuir para a melhoria dos SI atuais são importantes na medida em que promovem a gestão do recurso informação, num contexto estratégico, objetivando a melhoria dos processos de assistência e continuidade dos cuidados.

Neste sentido, julgamos pertinente estudar a problemática da informação que é considerada relevante pelos enfermeiros que fazem parte da RNCCI, especificamente das ECCI e seu respectivo acesso, presente nos sistemas de informação em uso (SAPE e GestCare® CCI) para a continuidade dos cuidados. Uma vez que este é um aspecto ainda pouco explorado na investigação e, muito provavelmente, com impacto significativo na construção de soluções eficientes para os SIE em uso naquele contexto.

2.2 Finalidade

Conhecer com maior profundidade a natureza da informação disponibilizada, as necessidades percebidas pelos enfermeiros de informação relevante, sua acessibilidade, representando uma maior contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Os resultados de estudos iluminados por este tipo de finalidade podem constituir importantes contributos para a melhoria dos Módulos/SI existentes naqueles serviços (ECCI – RNCCI) e desta forma, concorrer para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. É neste paradigma que situamos a investigação que será efetuada, onde defendemos que só é possível melhorar a qualidade, a quantidade e as estruturas que suportam a informação conhecendo-a e analisando-a (Sousa, 2006).

2.3 Objetivos

Relativamente aos objetivos de um estudo, estes correspondem a enunciados que explicitam as variáveis e a população alvo, contendo um verbo de ação que confere uma orientação à investigação (Fortin, 2009). Assim, os objetivos do presente estudo são:

- Identificar e descrever a informação (recolhida, processada e documentada) que é perspectivada pelos enfermeiros das ECCI que compõem a ARS Norte, como relevante para efeitos da continuidade dos cuidados de enfermagem;
- Identificar o grau de acessibilidade percebido pelos enfermeiros das ECCI que compõem a ARS Norte, acerca da informação que reportam como mais relevante;
- Identificar quais os repositórios da informação relevante para efeitos de continuidade dos cuidados.

2.4 Questões de Investigação

Fortin (2009: 72) afirma que “*as questões de investigação procedem dos objetivos e precisam a informação que se quer obter dos participantes*” e que “*deve ser enunciada de maneira a chegar a uma resposta*”. Desta forma, as questões de investigação do estudo são:

- Que dados/informação que, na perspectiva dos enfermeiros, releva para efeitos da continuidade dos cuidados?
- Qual a acessibilidade da informação nos SI em uso pelas ECCI que para os enfermeiros é relevante?
- Que repositórios de informação são relevantes, na perspectiva dos enfermeiros das ECCI?

2.5 Desenho do Estudo

No sentido de obter as respostas às questões de investigação, apresentamos as opções assumidas no decurso deste estudo. A investigação realizada trata-se de um estudo transversal de natureza mista concretizado em dois momentos.

Este desenho do estudo, possibilitou que no primeiro momento de carácter exploratório, ancorado numa perspectiva qualitativa, procurássemos compreender o fenómeno em estudo no seu contexto real (ECCI que compõe o ACeS Maia), tendo como propósito identificar aspetos exemplares (itens de informação relevante), que nos permitissem avançar com maior propriedade, para o segundo momento, de perfil quantitativo, orientado para a identificação de “regularidades” da informação considerada pelos enfermeiros como relevante, para efeitos da continuidade nos cuidados, como também o seu grau de acessibilidade.

Podemos desta forma, classificar o estudo quanto ao seu tipo de exploratório-descritivo, uma vez que tem “(...) *como objetivo explorar o conceito para extrair dele todas as manifestações com vista a descrever o fenómeno*” (Fortin, 2009: 100).

No que concerne à classificação das investigações e níveis de conhecimentos, Fortin (2009: 138) insere-as em duas grandes categorias: podem ser exploratórias/descritivas ou explicativas/preditivas. O nosso estudo enquadra-se, segundo a definição da autora supracitada, no tipo exploratório-descritivo (nível I), que visa “*denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação*”. Collière (2003: 406) acrescenta ainda que é o tipo de estudo que “*apresenta mais interesse para um grupo profissional que se começa a interrogar sobre o que se faz e que se inicia na investigação*”.

O primeiro momento é qualitativo na medida em que visa “*(...) compreender o significado do fenómeno em estudo, tomando a perspectiva única dos indivíduos estudados, e no contexto onde ocorrem os fenómenos, permitindo considerar a complexidade dos fenómenos em estudo (...)*” (Ribeiro, 2010: 66) e exploratório, atendendo que, dada a pesquisa realizada e o tema específico em questão foram encontrados poucos estudos, nomeadamente em Portugal e, especificamente ligados ao contexto das ECCI.

Ainda, segundo Ribeiro (2010) referindo-se a outros autores, a avaliação qualitativa pode chegar mais perto da perspectiva do indivíduo através da observação e entrevista. Deste modo, procedemos a um estudo alicerçado na observação de um contexto específico, numa ECCI que integra o AceS Maia, e em entrevistas semiestruturadas com os enfermeiros que compõem as ECCI do referido ACeS, e que visou estudar a problemática da relevância da informação, tal como referem (Denzin & Lincoln, 2006: 2) o “*(...) fenómeno no seu ambiente natural, esforçando-se por encontrar o seu sentido, ou interpretá-lo nos termos dos significados que as pessoas lhes atribuem*”.

Os estudos de observação, acompanhados da elaboração de notas de campo e entrevistas permitem o estudo exploratório aprofundado de uma realidade no seu contexto, permitindo conhecer as realidades concretas nas suas dimensões reais e temporais (Fortin, 2009), o que faz sentido no estudo da problemática da relevância da informação e, que de acordo com Goossen (2000), as suas questões derivam, muitas vezes, de um conjunto de circunstâncias locais concretas e contextualizadas.

Durante o segundo momento, recorremos à abordagem quantitativa, com a utilização de um questionário construído a partir dos resultados do primeiro momento (exploratório -- qualitativo), da literatura e estudos prévios (Pereira, 2001; Sousa, 2006; Mota, 2010), com o qual pretendíamos identificar a informação considerada relevante para os enfermeiros que constituem as ECCI que pertencem à ARS Norte, e sua respetiva acessibilidade.

A utilização deste tipo de abordagem metodológica tem sido recorrente na investigação em Enfermagem e na área dos SIE (Goossen, 2000; Pereira, 2001; Silva, 2001; Sousa, 2006; Pereira, 2007 e Mota, 2010) devido ao facto de procurar descrever regularidades, aspetos estes que segundo Pereira (2007), podem ser muito úteis para o desenho de soluções “*que funcionem*”.

Ainda no que diz respeito à dimensão temporal, trata-se de um estudo transversal, uma vez que, segundo a autora Fortin (2009), a colheita de dados é feita num único momento no tempo a cada sujeito da amostra. Apesar de poder ser considerado de alcance mais limitado, comparado ao longitudinal, o estudo

transversal é genericamente económico, simples de organizar e fornece dados imediatos, tendo sido estes factores adequados às limitações temporais da investigação.

2.6 Contexto do Estudo

A escolha do contexto do estudo teve como pressupostos os aspetos relevantes das atuais políticas públicas de saúde, que fazem emergir novos contextos de cuidados adaptados às exigências cada vez maiores da população, nomeadamente as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) pertencentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Assim no primeiro momento, para a observação direta, selecionou-se uma ECCI distinta, inserida no ACeS Maia, que por já estar familiarizada com estudantes de graduação e investigadores, permitiu um maior acesso ao campo da investigação, e por também estar próxima a área de residência do investigador, minimizou os constrangimentos económicos e de tempo.

Para o segundo, optou-se pela Região Norte, dado que quase 50% dos utentes referenciados a nível nacional são para estas equipas, e um terço das ECCI a nível nacional estão posicionadas na Região Norte (86 equipas), de acordo com o Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) publicado no 1º semestre de 2012 (PORTUGAL. UMCCI, 2012a: 14).

2.7 População e Amostra

A população corresponde ao conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção previamente delineados (Fortin, 2009). Neste estudo, a população é constituída pelos enfermeiros que compõem as ECCI da ARS Norte. A amostra corresponde à “(...) *fração da população sobre a qual se desenvolve o estudo, devendo ser fielmente representativa da população alvo do estudo*” (Fortin, 2009: 312).

Já o processo pelo qual é definida a amostra designa-se por amostragem e, atendendo à natureza exploratória do estudo no primeiro momento, ao carácter qualitativo da sua metodologia e à dificuldade de seleção por métodos probabilísticos, que permitissem obter a melhor representatividade possível, no primeiro momento optámos por recorrer ao método não probabilístico de conveniência (também designada acidental) para seleção da mesma. Isto porque, “(...) *a amostragem não probabilística é um procedimento pelo qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra*” (Fortin, 2009: 321). Neste sentido, e partilhando da mesma opinião de Ribeiro (2010), temos consciência de que o problema principal da amostra de conveniência ou não probabilística é que se desconhece o quanto representativa ela é de uma população ou universo.

Assim, a população acessível para o primeiro momento é constituída pelos enfermeiros que aceitaram participar no estudo e que trabalham nas ECCI inseridas no ACeS Maia, como referido anteriormente, sendo que a amostra constituiu-se com seis enfermeiros.

Para o segundo momento, o universo do nosso estudo foi constituído por todos os enfermeiros das ECCI da ARS Norte. Para procedermos à seleção da população acessível, solicitamos à ECR Norte os contactos de todas as ECCI que integram-na, para solicitarmos os endereços de correio eletrónico de cada equipa. Por conseguinte, por cada endereço disponibilizado pela ECR, foi enviado um pedido de colaboração aos enfermeiros de cada equipa para participação no estudo. Deste modo, a população acessível foi de 138 enfermeiros, que integram a ARS-Norte que se disponibilizaram a participar.

A amostra foi constituída por todos os participantes da população acessível que aderiram responder ao questionário. O número global de participantes foi de 90. A taxa de adesão face à população acessível foi de 65,2% considerada como uma boa taxa de adesão (Hill & Hill, 2002).

2.8 Estratégias de Recolha de Dados

Os dados podem ser recolhidos sob diversas formas junto dos sujeitos, cabendo ao investigador determinar o instrumento de recolha de dados que melhor convém ao objetivo do estudo e às questões de investigação colocadas (Fortin, 2009). Nesta investigação, a técnica utilizada dependeu do que se pretendia em cada momento. Ou seja, para o primeiro momento, foram utilizadas duas técnicas de recolha dos dados (observação direta e entrevista semiestruturada) e, para o segundo momento somente uma, o questionário, as quais passamos a descrever.

2.8.1 I Momento

A seleção da observação complementada com entrevistas semiestruturadas aos participantes, como método de eleição da colheita de dados para o primeiro momento, revelou-se pertinente neste estudo, na medida em que o objetivo primordial era identificar a informação relevante considerada pelos enfermeiros para efeitos de continuidade dos cuidados, os seus repositórios e o nível de acessibilidade desta, como também servir de base para elaborar o instrumento de recolha de dados (questionário) do segundo momento do estudo.

Deste modo, decidiu-se efetuar uma observação direta e não participante, tendo como suporte uma grelha de observação (Anexo VI), tendo as entrevistas semiestruturadas sido realizadas no final do período de observação.

A Observação

Os estudos de observação, acompanhados da elaboração de notas de campo e entrevistas permitem um estudo exploratório aprofundado de uma realidade no seu contexto (Fortin, 2009). Deste modo, entre as

técnicas de pesquisa qualitativa, a técnica de entrevista e a observação direta (utilizadas nesta investigação) são algumas das que melhor dão resposta às características anteriormente referidas (Flick, 2005), pelo facto de possibilitarem um contacto direto e aprofundado entre o investigador e os indivíduos e, permitirem compreender com detalhe o que eles pensam sobre determinado assunto ou fazem em determinadas circunstâncias.

Recorremos à observação, pois pareceu-nos o método que nos permitiria uma melhor análise e percepção do que se pretendia acerca do valor atribuído pelos enfermeiros à informação, tendo também por base a sua utilidade e acessibilidade. Flick (2005: 137) advoga que *“é na observação que permite ao investigador descobrir como as coisas de facto acontecem ou funcionam”*.

No decurso do processo de observação e com recurso a grelha, focalizámo-nos em acontecimentos, nas sequências de atividades que envolviam os intervenientes e nas suas ações, com especial atenção para a documentação e partilha de informação.

A organização dos dias para a realização do trabalho de campo, obedeceu o critério de se estar no “terreno” de forma a contactar com o máximo de realidades vivenciadas pelos enfermeiros participantes. Para isso, em momentos alternados, o trabalho dos enfermeiros foi seguido, quer nos turnos da manhã, quer nos turnos da tarde, acompanhando-se os profissionais em todas as atividades até a hora da documentação e “passagem de turno”. É de salientar que a escolha dos enfermeiros a serem acompanhados era realizada de forma aleatória, para que se pudesse obter o máximo de “exemplaridades”. Durante estes períodos procuramos desenvolver uma aproximação cada vez mais seletiva à informação e às suas fontes, iluminados pelas nossas questões de investigação e por aquilo que entretanto emergia.

O objetivo era incluir na amostra ocorrências ou pessoas que poderiam ser indicativo de categorias, propriedades e dimensões que podiam estar relacionadas entre si. Esta forma possibilita ao investigador acompanhar o processo e obter mais informação sobre dados interessantes e relevantes que emergem da colheita de informação (Charmaz, 2009). Completamos um total de 120 horas de observação, durante o período compreendido entre Novembro e Dezembro de 2011.

Relativamente aos períodos de observação, foram anotados na grelha de observação todos os aspetos de cada interação. No final de cada interação, também foram anotados em privado os aspetos relevantes em notas de campo, sendo a redação completa das notas de campo elaborada posteriormente, o mais rapidamente possível, logo depois de se ter terminado o contacto no terreno (Flick, 2005), no sentido de minimizar o esquecimento dos dados relevantes. Neste sentido, em algumas situações o vocabulário pode não corresponder exatamente ao utilizado pelo enfermeiro ou investigadora, contudo é completamente fiel a reprodução das ideias veiculadas e situações. Para Flick (2005: 172) *“a produção da realidade no texto começa com o registo de notas de campo, elas são o instrumento clássico da pesquisa qualitativa”*.

O formato das notas de campo utilizado contemplou a descrição do observado, as notas pessoais, onde fomos registando as nossas “impressões”, o registo de questões metodológicas, onde registamos alguns itens a explorar nas próximas observações e, finalmente, um espaço para a produção diária das nossas notas interpretativas relativas ao material reunido.

A Entrevista

No decurso do processo, e tendo em vista a recolha de outros dados que possibilitassem construir uma resposta às questões de investigação, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que são uma técnica de recolha de dados amplamente utilizada nos estudos qualitativos e exploratórios, com carácter complementar à observação.

A entrevista é sobretudo utilizada nos estudos exploratórios, e preenche três funções, "*(...) a primeira é examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes; a segunda é servir como instrumento de medida; e por fim, a terceira é servir de complemento a outros métodos de colheita de dados.*" (Fortin, 2009: 375).

Esta técnica de colheita de informação foi adaptada ao primeiro momento e ao propósito do estudo, na medida em que através dela pode-se obter o tópico de pesquisa sob a perspetiva do entrevistado (Bogdan e Bilken, 1994), tal como permite que o entrevistado, portador de um conjunto de conhecimentos sobre o assunto em estudo, se expresse espontaneamente ao responder a uma pergunta aberta (Flick, 2005).

Segundo Fortin (2009: 377), a entrevista semiestruturada ou semidirigida fornece ao entrevistado a ocasião de exprimir as suas opiniões sobre o tema tratado; assim, o seu objetivo é compreender o ponto de vista do entrevistado.

Nas primeiras entrevistas, foram utilizadas questões abertas de âmbito geral para iniciar o diálogo sobre uma área em particular, avançando depois para questões mais específicas que envolvessem estratégias, processos e consequências (Hutchinson & Wilson, 1994). O guião inicial (Anexo VII) foi sujeito a alterações em função da apropriação de novos dados e de novas reflexões que surgiam no decorrer das entrevistas, tornando estas, gradualmente, mais focalizadas.

O guião da entrevista teve por base os objetivos deste estudo, a partir do qual se elaboraram as questões. As entrevistas foram gravadas e registadas em suporte digital, sendo depois transcritas de forma a iniciar o processo de análise. Esta imersão precoce na colheita e análise dos dados permitiu redefinir e focalizar a colheita e sua discussão com os participantes. Aqui também foi salvaguardada a confidencialidade e o anonimato dos entrevistados, que acederam a participar de forma livre e informada.

Todas as entrevistas ocorreram no próprio serviço da ECCI em horário pós laboral dos enfermeiros e de acordo com a disponibilidade e vontade de cada um. A duração das entrevistas foi de aproximadamente 40 a 70 minutos.

Foram entrevistados seis enfermeiros, destes, três do sexo masculino e três do sexo feminino, com idade entre os 33 aos 39 anos. Alguns dos participantes foram entrevistados duas vezes. É de realçar que a decisão de realizar uma ou mais entrevistas foi determinada pelo processo de amostragem teórica, perante a necessidade de aceder a dados, discussão dos conceitos, que poderiam ser levados em conta a partir da experiência que alguns participantes têm na sua respectiva equipa.

Em síntese, a informação foi colhida no entrecruzar da observação direta e da entrevista semiestruturada, sendo a investigação seguidamente desenvolvida em função da análise concomitante dos achados. Do registo de áudio foram feitas as transcrições passando todo este material a constituir o corpo de análise, que na opinião de Bardin (2009: 96) “(...) *é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos*”.

2.8.2 II Momento

Durante este momento, recorreremos ao questionário construído a partir dos resultados do primeiro momento (exploratório - qualitativo), da literatura e de estudos prévios (Sousa, 2006; Pereira, 2007; Mota, 2010), bem como da análise da estrutura e conteúdo dos SI em uso nas ECCI da região Norte de Portugal (SIRNCCI e SAPE).

A escolha por este instrumento deve-se ao facto de sua utilização recorrente na investigação em Enfermagem e na área dos SIE (Sousa, 2006; Pereira, 2007; Mota, 2010), sendo “(...) *um meio rápido e pouco dispendioso de se obter dados, junto de um grande número de pessoas distribuídas por um vasto território*” (Fortin, 2009: 387).

Na construção do questionário adotámos as orientações metodológicas propostas por Ketele e Roegiers (1998) e Fortin (2009). Recorreu-se para tal, a uma escala ordinal tipo Likert, que consiste numa série de enunciados que exprimem um ponto de vista sobre um determinado tema. Pede-se aos participantes para “(...) *indicarem o seu maior/menor valor escolhendo entre 5 categorias de respostas possíveis para cada enunciado* (...)” (Fortin, 2009: 389).

Inicialmente o esboço do questionário foi submetido à apreciação acerca dos seus itens por três professores enfermeiros. As alterações operacionalizadas prenderam-se não só com questões de ordem semântica (com a modificação de algumas palavras), mas também a nível estrutural, com a eliminação de alguns itens repetitivos de forma a tornar o questionário mais dinâmico e menos exaustivo.

Em seguida, procedeu-se à realização do pré-teste, que segundo Fortin (2009: 386) consiste no “(...) *ensaio de um instrumento de medida ou de um equipamento antes de sua utilização em maior escala*”. Na realização do pré-teste foram aplicados sete questionários a enfermeiros que fazem parte de diferentes ECCI que compõem o ACeS do Grande Porto, de forma a garantir uma maior diversidade, e que posteriormente, vieram constituir a amostra final.

Os questionários foram preenchidos de forma a aferir os aspetos relacionados à aplicabilidade dos mesmos, proporcionando uma oportunidade de reflexão acerca das dificuldades de preenchimento, nomeadamente na interpretação de alguns itens.

Do resultado do pré-teste, não foram acrescentados nem eliminados itens ao questionário. Consequentemente surgiu o instrumento final (Anexo VIII) para ser aplicado. O processo de validação não foi efetivado

pela limitação do tempo, sendo no entanto possível a sua execução em estudos futuros, partindo do instrumento construído e dos resultados encontrados neste estudo.

O questionário final construído para este estudo, foi então constituído por enunciados, avaliados numa escala ordinal tipo Likert entre diferenciais semânticos, e se encontra estruturado em três partes:

- A primeira parte constituída por oito questões para a caracterização dos enfermeiros participantes, sendo quatro questões abertas e quatro fechadas. Dentre as questões fechadas, uma questão acerca da utilização dos sistemas em uso nas ECCI pelos enfermeiros.
- A segunda parte foi composta por 62 enunciados, avaliados sob a forma de duas escalas ordinais tipo Likert entre diferenciais semânticos, variando de 1 a 5 tanto para relevância quanto para a acessibilidade da informação, sendo que 1 é pouco (relevante/acessível) e 5 é muito (relevante/acessível).
- A terceira parte foi constituída por espaço para a indicação de enunciados, para que o participante pudesse acrescentar livremente questões não apresentadas anteriormente e classificá-las da mesma forma que os anteriores.

Uma das estratégias utilizadas na recolha dos dados foi solicitar a colaboração dos enfermeiros coordenadores das ECCI, no sentido de serem "elos de ligação" com os enfermeiros das ECCI. Assim, realizou-se reuniões com os mesmos, no sentido de explicar e esclarecer dúvidas relativamente ao preenchimento do questionário, como também foi disponibilizado o contacto telefónico e email da investigadora para alguma informação adicional.

Os questionários foram entregues e recolhidos pessoalmente, em envelope selado, junto aos enfermeiros colaboradores, exceto um que foi entregue e recebido pelo correio, durante o período entre julho e setembro de 2012. O número de questionários enviados corresponde ao número de enfermeiros que se disponibilizaram a preencher (n=138). Foram devolvidos 94 questionários, tendo sido eliminado quatro, por não se apresentarem adequadamente preenchidos.

2.9 Tratamento e Análise dos Dados

O propósito da análise dos dados é o de impor alguma ordem sobre um corpo grande de informações, de modo a organizar, sintetizar e fornecer estrutura aos dados de pesquisa (Polit, Beck & Hungler, 2004). Os procedimentos de análise dos dados que resultaram de cada um dos momentos do estudo estão relacionados diretamente com o tipo de estratégia de recolha de dados e o tipo de estudo realizado em cada um.

2.9.1 I Momento

Das notas de campo, do material proveniente da grelha de observação resultantes das observações efetuadas e as transcrições das entrevistas, foram sujeitas a uma análise de conteúdo (Strauss & Corbin, 2008), o qual verificámos que na literatura disponível é bastante utilizado em Enfermagem (Silva, 2001; Sousa, 2006; Pereira, 2007; Campos, 2008), sendo capaz de auxiliar na produção de conhecimento dentro do paradigma qualitativo, com rigor e sistematização e, fundamentalmente, tendo por base dados empíricos recolhidos.

Para este processo foi utilizada a ferramenta informática de análise NVIVO 9®. Optámos por tratar os dados informaticamente, devido às suas vantagens relativamente à análise em suporte de papel, das quais destacamos uma melhor organização, acesso e registo dos dados recolhidos, a fim de poderem ser trabalhados.

Assim, selecionado o *corpus* a ser analisado procedeu-se às leituras flutuantes de todo o material por forma a contactar com todos os documentos a serem analisados. Foram empreendidas várias leituras de todo o material coletado, tentando aprender de uma forma global as ideias principais e seus significados gerais atribuídos pelos enfermeiros entrevistados.

Esta fase da análise existe uma interação significativa do pesquisador com o material a ser analisado, pois como um contacto totalizante, muitas das impressões trabalhadas no contacto direto com os enfermeiros participantes afloram na lembrança do pesquisador e auxiliam na condução deste procedimento.

Seguidamente a esta fase, iniciamos a codificação dos dados, “*a operação através da qual os dados são quebrados, conceptualizados, e repostos juntos de modos novos*” (Lopes, 2003: 68). Neste sentido, utilizámos a análise segundo Strauss e Corbin (2008) realizando a “codificação aberta e axial”.

Primeiramente com a codificação aberta, que é o processo analítico pelo meio do qual os conceitos são identificados e as suas propriedades e dimensões são descobertas nos dados. Strauss e Corbin (2008) afirmam que o processo de análise começa por uma microanálise que integra a codificação aberta e a axial, e caracterizam-na como uma análise detalhada linha a linha, necessária para gerar as categorias iniciais e para sugerir relações entre categorias, envolvendo muita análise e interpretação de dados. Fazer codificação linha por linha leva-nos para além da descrição, coloca-nos num modo conceptual de análise.

Assim, pela codificação linha a linha, frase a frase começamos com a seleção das unidades de registo (ou unidades de significados), que segundo Campos (2004) é uma das mais básicas e importantes para o investigador, que é orientado pelas questões de investigação que necessitam ser respondidas. Nesta primeira etapa nosso interesse focalizou-se na obtenção de dados que correspondessem às perspetivas individuais dos participantes, nomeadamente a emissão de ideias sobre o valor atribuído à informação, tendo também por base a sua utilidade e a acessibilidade.

Seguidamente, a emergência de unidades de registo com conteúdos de significação semelhantes permitiu o seu agrupamento, ou seja, a sua categorização com níveis de abstração maiores e consequentemente

a organização em subcategorias (níveis de abstração menores), procedendo assim a codificação axial, que segundo Strauss e Corbin (2008) é o processo de relacionar categorias às suas subcategorias e designa-se por axial porque ocorre em torno do eixo de uma categoria, associando categorias ao nível de propriedades e dimensões. Por fim, a codificação seletiva é o processo de integrar e refinar a teoria.

Assumimos aqui que, como o nosso propósito de utilizar a teoria fundamentada como método de análise não foi o de construir uma teoria, em si mesma, mas utilizar os passos enunciados para melhor compreender os conceitos que emergiram das entrevistas realizadas, acerca do valor da informação, seus repositórios e sua acessibilidade, a fim de obter contributos para a elaboração de um instrumento (questionário) para o segundo momento do estudo, desta forma, não efetuamos a codificação seletiva.

2.9.2 II Momento

Após a obtenção dos dados, através da aplicação dos questionários, procedeu-se ao tratamento dos mesmos. Para isso, constituiu-se uma base de dados numérica no programa estatístico IBM SPSS Statistics 19 (originalmente, Statistical Package for the Social Sciences), onde os dados foram introduzidos e processados. Como referem Polit e colaboradores (2004: 312), os procedimentos estatísticos permitem que o investigador “(...) *resuma, organize, interprete e comunique a informação numérica*”. Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva inferencial, não paramétrica.

2.10 Procedimentos Éticos

O investigador deve ter uma consciência ética bem formada e a humildade de pedir a apreciação do seu projeto de investigação a uma Comissão de Ética (Martins, 2006). Tendo presente esta afirmação, uma vez clarificado o âmbito das unidades (Equipas de Cuidados Continuados Integrados) iniciou-se os contactos (pedido formal à Comissão de Ética da ARS e Conselho Diretivo da ARS) a fim de se obter a autorização para a prossecução do estudo - primeiro e segundo momento, os quais emitiram pareceres favoráveis (Anexo I e II). Foi acordado então, com a ARS-Norte, que a recolha de dados do primeiro momento seria em um ACeS específico e que no segundo, aplicar-se-ia o questionário nas ECeI pertencentes à ARS Norte que se disponibilizassem em participar do estudo.

Deste modo, para o primeiro momento foi requerida a autorização à Vogal de Enfermagem do ACeS Maia, que por *email* deu o seu parecer favorável (Anexo III). A partir deste momento, os primeiros passos no terreno consistiram em reuniões com os responsáveis do ACeS Maia, com o coordenador e enfermeiros da equipa escolhida para a explicação do projeto. Para todos os enfermeiros foi elaborado um documento com os princípios subjacentes ao estudo, os objetivos e a previsão da forma como o estudo decorreria (Anexo IV). Antes da observação e entrevista a cada um deles, foi solicitado o consentimento formal (Anexo V) que inclui a adesão e a garantia da liberdade de opção e do anonimato. Quando ocorreram as entrevistas, a explicação

foi, constantemente, reforçada, sendo, portanto, solicitado o consentimento para se proceder à gravação de áudio.

Com o objetivo de garantir o anonimato dos enfermeiros participantes, nas citações das notas de campo e dos discursos foi atribuído uma sigla de identificação (NC1, NC2 ou E1, E2...), por forma a criar um código que foi utilizado neste estudo, sempre que foram feitas referências aos discursos de cada um deles.

Seguidamente, iniciámos o trabalho exploratório que permitiu à investigadora conhecer e ser aceite pela equipa de enfermagem selecionada, e, assim, adequar técnicas para recolha dos dados e as estratégias de deslocação ao terreno.

No segundo momento, após a construção do questionário, foi solicitada a colaboração dos enfermeiros coordenadores de cada ECCI que compõe a ARS Norte, por correio eletrónico, como referido anteriormente. Este pedido foi acompanhado de uma carta explicativa especificando a razão do estudo e os seus objetivos, o método utilizado (questionário - Anexo VIII) e a forma como os participantes seriam recrutados, no sentido de assegurar que esta investigação, uma vez envolvendo pessoas, se desenvolvesse em conformidade com os princípios éticos (Fortin, 2009). Após a aceitação destes em colaborar, foi-lhes entregue, juntamente com o questionário, a explicação do estudo acrescido da nota do consentimento informado. Em relação ao questionário, os mesmos foram preenchidos de forma anónima e não contêm dados identificativos dos enfermeiros, nem das instituições a que pertencem, garantindo ao investigador o anonimato dos participantes e a confidencialidade da informação, como também a participação voluntária no estudo.

Capítulo 3

Resultados

Neste capítulo expomos os resultados decorrentes do percurso investigativo, pelo que a sua apresentação será efetuada em dois momentos, de forma distinta, de acordo com cada abordagem realizada. Posteriormente, produzir-se-á um discurso agregador e de síntese, com a apresentação dos principais resultados obtidos com este estudo.

3.1 I Momento

Num primeiro momento procurámos identificar domínios da atenção dos enfermeiros participantes que integrassem áreas de dados/informação relevantes para a continuidade de cuidados de enfermagem, de forma a obter "exemplaridades" para a construção do questionário do momento seguinte, pelo que não houve a preocupação em atingir a saturação teórica dos dados. Desta forma, aludimos as limitações que decorrem do desenho do estudo neste primeiro momento e ao limitado potencial de generalização dos seus resultados.

3.1.1 Da Informação Relevante

As categorias major que emergiram da análise de conteúdo prendem-se na sua totalidade ao contexto de prestação de cuidados domiciliários, por uma equipa multiprofissional, que tem como critérios de admissão: *“pessoas com **perda de autonomia**, portadoras de diversos tipos e **níveis de dependência**, especificamente na realização das Atividades Básicas da Vida Diária e que possua um **contexto social ou familiar** e uma situação de saúde cuja intensidade e complexidade dos cuidados permita a sua prestação no **domicílio**, de forma temporária ou permanente”* (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006a).

Ou seja, relativamente à informação perspectivada como relevante para efeitos de continuidade dos cuidados no contexto das ECCL, os enfermeiros participantes enumeraram um conjunto de itens de informação, que podem agrupar-se por áreas centradas nos aspetos de produção e consumo de informação (médica ou de enfermagem) e no alvo em que se centra a informação (indivíduo/utente, prestador de cuidados (informal) e rede de apoio social/familiar).

Assim, pode-se dizer que a informação perspectivada como relevante pelos enfermeiros participantes, centra-se basicamente nos critérios de admissão dos utentes para as equipas e englobam três grandes áreas, apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 1: Áreas temáticas, categorias e subcategorias da análise de conteúdo.

Área/Domínio	Categorias	Subcategorias
Informação de Produção Médica	Medicação Usual do Utente	
	Diagnóstico Médico	História Doença Atual
		Resultados dos Exames Complementares de Diagnósticos
Informação de Produção de Enfermagem	Dados de Avaliação	Dados de Avaliação Diagnóstica e de Evolução
	Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	Feridas/Úlceras Pressão
		Autocuidado
		Aprendizagem de Capacidades e Conhecimento
	Intervenções de Enfermagem	Tipo de Ação
		Procedimento
Da Rede de Suporte/Família	Estrutura e Relação Familiar	
	Prestador de Cuidados	Identificação
		Disponibilidade

3.1.1.1 Informação de Produção Médica

Relativamente à informação de produção médica que se reporta como relevante para os enfermeiros, passamos a apresentar um conjunto de dados resultantes do processo de análise de conteúdo das notas de campo e entrevistas, onde se evidenciam dados sobre “Medicação Usual do Utente” e “Diagnóstico Médico (Historial da Doença Atual e Resultados de Exames Complementares de Diagnósticos)”, e que são consideradas segundo estes profissionais, relevantes para auxiliar o enfermeiro em que áreas/focos deve centrar a sua atenção. Neste cenário, podemos dizer que, perante um utente com uma determinada situação de doença, o enfermeiro desenvolve um conjunto de processos de juízo de diagnóstico especialmente centrados nas situações geradas pelas mudanças pessoais sentidas face à doença.

MEDICAÇÃO USUAL DO UTENTE

Para os enfermeiros a informação acerca da medicação usual do utente é relevante na medida em que com esta podem avaliar corretamente os efeitos secundários ou adversos da medicação na evolução do estado de saúde do utente, como também podem verificar se a Gestão do Regime Medicamentoso é eficaz. Desta forma, os itens resultantes das prescrições médicas relativos à medicação usual do utente assumem particular relevância para os enfermeiros participantes, como se pode observar nas seguintes citações:

*“era mesmo saber a **medicação** prescrita, para depois perceber se algumas alterações que o utente tem, estão ligadas ao facto da toma da medicação...” (NC2)*

*“... as alterações que fizeram na **medicação**, para poder acompanhar e aconselhar sobre a gestão do regime medicamentoso (...) tipo o horário certo, as doses...” (E4)*

*“... a **medicação** que ele faz e que pode vir a interferir nas atividades básicas da vida diária e precisamos ficar atentos a isto ...” (E5)*

*“Saber mesmo a **medicação**, para depois nós sabermos se ele está a tomar ou não...”(NC5)*

*“É sobre a **medicação**, sobre o tratamento que o utente usualmente faz e se está a fazer corretamente ou não (...) pronto, tudo isso pode nos dar uma indicação do que nós podemos fazer agora.” (NC12)*

De acordo com a UMCCI (2011a), a frequência de doença crónica aumenta com a idade. Como resultado, as pessoas idosas tomam um maior número de medicamentos quando comparadas com a população em geral. Assim, esta população (cerca de 81,5% com idade superior a 65 anos - desta, 44,5% com idade superior a 80 anos), tem risco acrescido de efeitos adversos e interações medicamentosas devido à polimedicação. Na área da gestão do regime medicamentoso para o idoso, a polimedicação conjuntamente com as múltiplas doses, as alterações cognitivas e as limitações funcionais contribuem para este problema.

Segundo o estudo de Soares (2009), em Portugal, os idosos tomam em média 5,3 medicamentos por dia. O uso de medicamentos pelas pessoas idosas está associado a elevado risco de efeitos adversos como resultado das alterações fisiológicas relacionadas com a idade, do tipo e do número de medicamentos prescritos e não prescritos que os idosos consomem e da presença de múltiplas doenças crónicas (Marin et al., 2008; Henriques, 2011).

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Sendo os idosos portadores de doenças crónicas, e constituindo a maioria dos utentes admitidos pelas ECCI, esta categoria surge na medida em que os participantes relataram a importância de se obter informação acerca da "*história atual da doença*" do utente (evento gerador de dependência) e sobre os "*resultados de exames complementares de diagnóstico*". Esta categoria releva do ponto de vista do conhecimento do diagnóstico médico, dado que orienta o enfermeiro na identificação do tipo de respostas à doença, nomeadamente

nas situações geradas pelas mudanças pessoais sentidas. Seguidamente apresentamos alguns exemplos (discursos) de cada subcategoria:

I) História Atual da Doença

Para os participantes, a descrição da história atual da doença é relevante para o processo de cuidados, dado que o conhecimento da evolução da situação de doença, permitirá ao enfermeiro avaliar as respostas dos seus utentes às situações de doença.

*“Se há uma **doença crónica**, há **quanto tempo foi diagnosticada**, se fez algum **tratamento...**” (E5)*

*“Era mesmo preciso saber se tinha **problemas funcionais respiratórios** e, quais? (...) Tudo isso para eu ter uma ideia se o que se está a passar (...) é recente ou antigo, de forma a que eu possa planear meus cuidados com atenção... (E3)*

Os enfermeiros ao relatarem sobre a importância da informação acerca do diagnóstico da doença dos utentes, a maioria relatava também, conjuntamente, a importância de se obter informação sobre os resultados dos exames complementares de diagnóstico, para que estas informações possam facilitar suas tomadas de decisão acerca do planeamento de suas intervenções de forma mais assertiva.

Por conseguinte, surgiu a subcategoria “Resultados de Exames Complementares de Diagnóstico”, e da qual expomos, seguidamente, alguns exemplos.

II) Resultados dos Exames Complementares de Diagnóstico

*“Era mesmo saber dos **exames anteriores**, se tinha problemas funcionais respiratórios, **quais eram os resultados** que inspiravam cuidados, quais eram **os resultados das gasometrias anteriores...**” (E3)*

*“Por exemplo, se tenho o **resultado de um exame** sobre o AVC dela, como foi, em que região, a área afetada não é? Eu posso realizar meu plano de cuidados mais específico...” (NC25)*

*“Os **resultados de exames e análises** (...) porque aí também podemos ver no aspeto clínico, como é que evoluiu neste tempo a pessoa, né? E iria para a visita mais conhecedora.” (E8)*

*“... **resultados de análises, os exames anteriores** serviam né? Podiam me auxiliar no processo diagnóstico e inferir mais assertivamente as intervenções...” (NC18)*

*“... **raios-X, ou algumas outras análises** (...) **resultados**, esse tipo de informação...” (E3)*

*“... **resultados** às vezes de **exames que a pessoa tenha efetuado** entretanto, ou **análises** (...) eu acho relevante ...” (E2)*

É de realçar que para os enfermeiros com especialização em Reabilitação, este item de informação é relevante, na medida em que pode servir de complemento da informação do diagnóstico médico (patologia), obtendo-se, segundo estes, uma visão mais pormenorizada do estado de saúde do utente.

3.1.1.2 Informação de Produção de Enfermagem

Na opinião dos entrevistados, a informação relevante incide sobre a condição pela qual o utente se apresenta quando admitido na ECCI. Como o primeiro momento foi realizado num contexto específico, o resultado que emergiu em relação à informação relevante desta categoria deve-se, em parte, ao facto de a maioria dos utentes serem referenciados pela dependência em pelo menos um autocuidado (recuperação funcional-reabilitação), para o tratamento de feridas/úlceras de pressão e para o treino do prestador de cuidados, como evidenciado pelos resultados do relatório 2010/2011 da ECCI escolhida como “campo de observação” e que apresenta que “(...) o principal motivo de referência dos utentes é a reabilitação dos mesmos, quer ao nível motor como também ao nível funcional. O ensino/treino ao(s) cuidador(es) segue em segundo lugar em referência para esta equipa e está associado ao principal motivo [reabilitação] e em terceiro, o tratamento de feridas...” (ACES Maia, 2012: 8).

Desta forma, as categorias relacionadas com os itens de informação relevante de produção de enfermagem, são respetivamente: “Dados de Avaliação”, “Diagnósticos e Resultados de Enfermagem” e “Intervenções de Enfermagem”, constituindo o *core* central da Enfermagem (Pereira, 2007).

DADOS DE AVALIAÇÃO

Dados de Avaliação Diagnóstica e de Evolução

A atividade diagnóstica representa todos os comportamentos de recolha de dados e as atividades mentais dos enfermeiros, conducentes à formulação de um diagnóstico de enfermagem (Carnevali & Thomas, 1993) pelo que o precedem. Em relação a esta subcategoria, os itens de informação considerados relevantes pelos participantes são a avaliação das características da ferida, os instrumentos de avaliação de alterações funcionais e a avaliação da autonomia/dependência anterior, conforme exemplificados nos discursos subseqüentes:

“... uma maior discriminação dos autocuidados, **como é que o doente era antes** (...) como é que ele ficou...” (E2)

“... **as avaliações das feridas**, (...) saber como era antes”... (NC9)

“É importante termos as **dimensões** e outros aspetos [em relação às **feridas**] que podem influenciar o tratamento...”(NC10)

“... seria a **avaliação da força** (...) a monitorização da força muscular...” (E3)

*“É importante termos as **dimensões** e outros aspetos [em relação às **feridas**] que podem influenciar o tratamento...”(NC10)*

*“... seria a **avaliação da força** (...) a monitorização da força muscular...” (E3)*

*“... seriam as **características da ferida**, suas **dimensões**, **tipo**, **aspeto** (...) a **avaliação completa** dela.” (NC14)*

*“... porque é muito importante a informação que demonstre os **ganhos de força** do utente, é importante a **avaliação da força**...” (E1)*

*“... a **avaliação do equilíbrio**, as alterações do equilíbrio...” (E2)*

*“... a **espasticidade**, sua **avaliação** (...) eu acho importante e útil (...) principalmente para monitorar melhor a evolução ...” (E3)*

*“Muitos dos doentes que vêm parar aqui na ECCI são para obter ganhos de autonomia precisamente (...) vêm para obter **evolução no equilíbrio** (...) por isso é importante avaliar, para se ter depois as **intervenções especificadas para o equilíbrio** daquele utente, não é?” (NC16)*

*“... eu acho que são [informações] adequadas para avaliar aquele doente, a **avaliação do equilíbrio**, da **espasticidade**, mas que não tem no aplicativo do GestCare [escalas]”. (E6)*

*“Informação sobre **itens de reabilitação** é importante, principalmente a **avaliação motora** (...)” (NC18)*

*“... **como é que era**, como se alterou... a questão dos **autocuidados**, e com as **dependências**...” (E1)*

*“É o uso do sanitário, é o vestir-se, o alimentar-se, saber se a pessoa tem alguma **autonomia**, **saber como era** o seu dia-a-dia (...) a questão dos **autocuidados**. (E3)*

*“... o acompanhamento da **evolução da autonomia do utente**...”(E1)*

*“... **evolução dos tratamentos das feridas**, o qual surtiu efeito e o qual não...”(E5)*

*“... quando são **úlceras**, se **cicatrizam ou abrem novamente**...”(E6)*

*“... portanto, a **evolução [ferida]** que ela tem tido nos últimos tempos, desde a avaliação inicial, como é que ela tem evoluído...”(E8)*

*“... a **evolução em autonomia** daquela pessoa (...) eu acho importante e deveria estar mais esmiuçado no GestCare...”(E3)*

Os itens de informação provenientes dos instrumentos de avaliação da espasticidade, força muscular e equilíbrio e que se encontram inseridos nesta categoria, são considerados relevantes pelos enfermeiros participantes na medida em que auxiliam na descrição objetiva do nível funcional do utente no tempo, podem medir objetivamente os efeitos dos cuidados que pretendem restaurar a função e são utilizados para subsidiar o enfermeiro na avaliação do grau de dependência do utente em questão.

No que concerne aos itens de informação resultantes da avaliação das feridas, estes são, segundo os participantes, particularmente importantes no cenário da ECCI para determinar a eficácia do tratamento,

a possibilidade de lesões tecidulares relacionadas com a mobilidade reduzida do dependente, a necessidade de (re)avaliar a condição da pele lesionada e estabelecer medidas preventivas necessárias, bem como poder determinar o risco de úlcera de pressão.

DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Para os participantes, os diagnósticos¹ e os resultados de enfermagem² são importantes na medida em que se revestem na definição das estratégias de intervenção de enfermagem, bem como da avaliação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Os itens de informação referentes aos diagnósticos e resultados de enfermagem mencionados como relevantes pelos enfermeiros destacam-se no domínio dos seguintes focos de atenção de enfermagem: Autocuidado, Feridas/Úlceras de Pressão e Aprendizagem de Capacidades e Conhecimento.

I) Autocuidado

A referenciação para as ECCL encontra-se, na maior parte das vezes, associada a situações de dependência de pessoa para mais do que um autocuidado. Segundo o relatório da UMCCI (2012), a dependência para o autocuidado é, a nível nacional, o principal motivo de referenciação para as ECCL, constituindo a maioria dos casos. Desta forma, na opinião dos enfermeiros, a informação relevante deve atender os diferentes níveis de dependência para os diversos autocuidados, que caracterizarão aquilo que as pessoas são capazes de fazer, ou aquilo em que necessitam de ajuda ou substituição.

*“A informação sobre os **autocuidados** (...) necessita de ajuda para isso, para aquilo, neste autocuidado está assim...” (E4)*

*“Como está o utente em termos de **dependência** (...) nos **autocuidados**...” (E1)*

*“Nestes **autocuidados** está em grau **moderado** ou grau **reduzido** ou grau **elevado**...” (E2)*

*“... quando a pessoa tem alguma autonomia, qual o **nível do autocuidado**, consegue realizar esta atividade, mas ainda não consegue nesta.” (E5)*

*“... os vários **graus de dependência** que a pessoa pode ter nas diferentes áreas do autocuidado (...) isto pode-nos dar uma ideia real de onde precisamos ter mais atenção...” (E3)*

*“Penso que a informação sobre os **autocuidados** (...) todos eles (...) o nível de dependência para isto ou para aquilo (...) estas coisas...” (NC22)*

¹ O diagnóstico de enfermagem é “(...) o rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem (ICN, 2010: 16).

² Os resultados de enfermagem “constituem-se da medida ou estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de enfermagem” (ICN, 2010: 14).

“... se para os **autocuidados** é completamente **independente** ou (...) precisa algum **auxílio** (...) especificar melhor as **dependências**...” (NC20)

“... no que diz respeito às **dependências** (...) ser **independente**, **deixou de ser**...” (E6)

“... o **nível de autonomia** do utente, para planearmos corretamente o cuidado...” (NC25)

“... se houve algum **ganho** (...) que seja **importante** (...) o que devemos fazer para manter aquele **nível de autonomia** do utente...” (NC15)

“... em termos dos **ganhos de autonomia** algumas dependências, às vezes ocorrem **evoluções** (...) portanto (...) para vermos o que aconteceu com aquele utente...” (E3)

“... **ganhos de autonomia**, não é? E eu posso dizer, esse doente continua a não preparar as refeições, mas come por mão própria e antes não...” (E5)

“Os **ganhos em autonomia** são importantes para todos os enfermeiros, mas como a reabilitação trabalha muito essas funcionalidades, faz-nos falta (...) muitas vezes, é colocar lá que **já consegue fazer essa pequena coisa**, porque isso é muito importante para nós.” (E7)

Para os participantes, a identificação e caracterização dos défices e capacidades apresentadas pelos utentes, representadas pelos níveis de dependência, bem como os níveis de autonomia, no que diz respeito aos autocuidados, são aspetos a considerar quando nos referimos em informação relevante para a continuidade do cuidado no contexto das ECCI. É de salientar ainda que, na perspetiva dos enfermeiros, os itens de informação correspondentes aos autocuidados estão associados a um outro conjunto de itens de informação relevantes, indissociáveis ao contexto da prática do cuidado domiciliário e que interferem diretamente na recuperação e/ou manutenção das capacidades para o autocuidado do utente, apresentado na subcategoria a seguir:

II) Aprendizagem de Capacidades e Conhecimento

Nos discursos apresentados pelos enfermeiros, a “aprendizagem de capacidades” e o “conhecimento” são itens de informação relevantes para a continuidade de cuidados e que deverão ser tomados em consideração para a pessoa dependente e/ou para o prestador de cuidados. Para a ICN (2010: 39), a aprendizagem de capacidades é “a aquisição do domínio de atividades práticas associada ao treino, prática e exercício” e o conhecimento é o “status: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento da informação” (ICN, 2010: 45). Face ao exposto, compreende-se a importância das dimensões apresentadas, tanto no que comporta face às intervenções dirigidas à pessoa dependente necessárias à promoção da sua autonomia. Da mesma forma, compreende-se o seu sentido, quando dirigidas ao prestador de cuidados, por forma a contribuir para o desenvolvimento de competências cognitivas e instrumentais, que sejam promotoras do exercício do papel de forma adequada, contribuindo para a prevenção de complicações e para a promoção da autonomia do utente.

“... **capacidade do prestador** (...) **o que foi apreendido**...” (NC12)

“... **problemas da aquisição dos conhecimentos**...” (E1)

“... o conhecimento, quando há **defices de conhecimento**, ou melhor, quando não se está a fazer coisas por **défica de conhecimento**, se é por **falta de habilidades**.
(E4)

“... ver se os **prestadores de cuidados**, quais são as suas **competências**, seus **conhecimentos**...” (E6)

“... **aquele prestador de cuidados faz isto ao doente, não faz**...” (E4)

“... o prestador de cuidados, se já **aprendeu a fazer determinada técnica ou se a faz corretamente**...” (E3)

É, neste sentido, que Thober, Creutzberg e Viegas (2005) acrescentam ainda que a equipa deve avaliar se o prestador de cuidados possui as condições necessárias para cuidar da pessoa dependente, que dependem do seu estado de saúde e dos recursos de que dispõe para prestar cuidados, reforçando a relevância da informação acerca dos conhecimentos, habilidades, e atitudes dos prestadores de cuidados.

O conhecimento das dificuldades enfrentadas pelos prestadores de cuidados poderá contribuir para o desenvolvimento de acompanhamento domiciliário e de atenção a este prestador de cuidados a partir de dados que respondam às necessidades de cada cuidador e dos utentes dependentes.

III) Feridas/Úlceras de Pressão

O tratamento de Feridas e Úlceras de pressão representam uma percentagem significativa dos cuidados de enfermagem prestados no contexto da Rede nas ECCI (PORTUGAL. UMCCI, 2012). Deste modo, o seu diagnóstico é elencado pelos enfermeiros participantes como relevante para efeitos de continuidade dos cuidados.

“...se há o **risco de úlcera de pressão** devido a dependência do utente...(E4)

“...se é **ferida ou úlcera de pressão** (...) quando são **úlceras**, se é **arterial, de pressão ou venosa** (...) estes diagnósticos são importantes e precisam estar registados!
(E5)

De acordo com os enfermeiros, o diagnóstico de enfermagem associado às feridas implica o acesso a dados que traduzam, para as diferentes situações, a necessidade de por exemplo: proceder à avaliação constante da pele, determinar o risco de ocorrência de úlcera de pressão, avaliar a eficácia da terapêutica instituída, entre outras.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

No decorrer do período de observação e complementado com a realização das entrevistas, foi possível perceber que a relevância das intervenções de enfermagem (segundo os enfermeiros) não está relacionada somente com a necessidade em produzir informação capaz de traduzir “o que os enfermeiros fazem”, mas deriva também das relações que se estabelecem entre os diagnósticos e os resultados de enfermagem.

Das intervenções consideradas como relevantes pelos participantes, no processo de continuidade dos cuidados, emergem maioritariamente as intervenções associadas ao domínio da ação “informar”, onde se encontram os tipos de ação mais específicos como: Ensinar, Instruir, Treinar. Este tipo de ação dos enfermeiros encontra-se em grande parte associada às dimensões “Aprendizagem de Capacidades e Conhecimento”, que determinam focos de atenção de enfermagem relevantes no contexto dos cuidados nas ECCI. Os enfermeiros, na sua generalidade, elencaram que as intervenções de enfermagem dirigidas à Aprendizagem de Capacidades e Conhecimento teriam por tipo de ação, ou o Treinar – “desenvolver as competências de alguém...”, ou o Ensinar – “dar a alguém informação sistematizada sobre temas relacionados com a saúde”, conforme os discursos apresentados a seguir:

Tipo de Ação

“Ensinar os exercícios para o utente e ensinar o prestador de cuidados para o auxiliar.” (E2)

“Ensinar o utente os exercícios de reabilitação para a promoção da autonomia, bem como ensinar o prestador de cuidados a assistir o utente...” (E3)

“... tipo de treino de cuidador, é uma informação importante...” (NC4)

“... treino para mobilização...” (E3)

“... tipo de treino de cuidador, um utente que veio para treino do cuidador...” (NC16)

“... as intervenções para o equilíbrio em relação aos treinos principalmente (...) que exercícios que eu faço para o equilíbrio...” (E2)

“... é o treino do cuidador, eu acho o treino do cuidador importante...” (E3)

“Seria importante ter as intervenções, por exemplo, quais os exercícios que faz no treino de equilíbrio...” (E3)

“Muitos utentes que vêm para a ECCI (...) para treinos (...) por isso é importante ter as intervenções especificadas para o equilíbrio não é?” (NC15)

Pode-se observar pelos discursos apresentados, que o tipo de ação elencado está relacionado às condições em que os utentes são admitidos nas ECCI, ou seja, quanto mais comprometida for a autonomia do utente, maior é a complexidade das atividades a desenvolver. Este tipo de ação poderá englobar as intervenções de enfermagem dirigidas tanto à pessoa dependente, como ao prestador de cuidados.

Segundo o estudo de Fonseca, Vieira e Sena (2008), a falta de preparação do cuidador informal pode trazer sérios prejuízos ao utente dependente, tais como: atrofia muscular, espasticidade, disartrias e lesões de

pele por permanecer muito tempo sentado ou deitado, resultando, inclusivamente, num aumento da incidência de hospitalizações. Além disso, a falta de preparação do cuidador informal pode gerar ansiedade e maior sobrecarga física e emocional, originando situações de risco para ambos (Petronilho, 2007). De acordo com a UMCCI (2011a), o ensino e o treino do cuidador informal, as ajudas técnicas e as redes sociais se bem implementadas ajudam o utente/dependente a tornar-se mais confiante e a autocuidar-se de forma mais autónoma, podendo, consequentemente, contribuir para a diminuição da sobrecarga do seu prestador de cuidados.

Procedimentos

Os discursos dos enfermeiros associados às intervenções de enfermagem reportam, em determinados momentos, aspetos de maior granularidade e especificidade associada a estes enunciados. Exemplo destas situações encontram-se associadas às intervenções de enfermagem no âmbito das feridas e úlceras de pressão, onde os "*procedimentos*" foram eleitos pelos participantes como um conjunto de dados/itens de informação relevante, de forma a caracterizar, por exemplo a frequência e tipo do tratamento das feridas, bem como o material utilizado na concretização das intervenções de enfermagem. Desta forma, o conceito de procedimento é entendido como as atividades de enfermagem que concretizam a intervenção (num domínio mais granular e específico), o *timing* para a sua realização, bem como na definição de algumas normas e recursos utilizados.

“... dizer **quando é oportuno o penso ser feito**. Por exemplo, os pensos são feitos hoje e convinha voltar a ser feito somente amanhã, ou duas vezes ao dia [**frequência**] ... ” (E4)

“... qual é o **material que se está a utilizar no tratamento das feridas...**” (E1)

“... qual o **tipo de tratamento** que está a ser feito, o **tipo de produto a ser utilizado**, porque depois isto interfere na continuidade do cuidado, percebes?” (E4)

“... se for úlcera (...) qual o **tratamento** que fez na altura do internamento, e qual está a fazer agora (...) isto nos ajuda a intervir mais eficazmente.” (E6)

“... em relação às úlceras, qual o **tratamento que está a fazer** no momento para além do tratamento que fez quando foi referenciada...” (E5)

3.1.1.3 Rede de Suporte/Família

Os enfermeiros salientam a importância de se englobar informação acerca da caracterização familiar, tendo como família a entidade social, considerando-a como uma componente fundamental para o processo de cuidados.

De acordo com os participantes, o facto da rede de suporte familiar desempenhar uma importante função no reestabelecimento/manutenção da saúde e no bem-estar dos seus membros, esta categoria emergiu como uma das áreas importantes para a continuidade dos cuidados. Segundo estes profissionais, os itens relevantes de informação desta área, encontram-se associados à estrutura e forma como a rede de suporte familiar se

relaciona, bem como com a identificação e disponibilidade do prestador de cuidados, que deverá ser encarado como um "parceiro de cuidados" junto ao utente.

De uma forma geral, todos os enfermeiros que participaram nesta primeira fase, relataram a importância da identificação da organização da rede de suporte e o modo como esta se relaciona entre si, de forma a poder atuar e intervir para melhor otimização dos cuidados.

ESTRUTURA E RELAÇÃO FAMILIAR

Tendo em consideração que, na maioria das vezes, é no seio da estrutura familiar que se desenvolve o processo de reconstrução da autonomia do utente, para os enfermeiros, a identificação da estrutura familiar e a forma como seus membros se relacionam é importante, pois fornece informações fulcrais para um melhor planeamento dos cuidados ao utente dependente. Além disso, com estas informações, os enfermeiros também podem identificar os pontos de sustentação e apoio ao utente, as fragilidades, orientando os cuidados para as reais necessidades das diferentes situações.

"... o contexto da família e o que eu posso esperar dali..." (E5)

"... quadro mais completo do contexto e da família..." (E1)

"... informação que documentasse ou que nos desse alguma visibilidade sobre de que forma aquela família está estruturada..." (E3)

"... a dinâmica familiar também (...) é uma informação que pra nós é importante..." (E3)

"... muitas vezes a relação (...) a dinâmica familiar..." (E1)

"... a relação familiar muitas vezes não é valorizada, não é descrita mas é uma informação que para nós é muito importante..." (E2)

"... a relação, por exemplo, muitas vezes é importante (...) que relação é que o utente tem com a família (...) e com o seu prestador de cuidados?! (...) Essas são coisas que é importante sabermos, não é?" (E4)

"No fundo é perceber com uma visualização rápida como aquela família está estruturada e as relações que existem nela (...) conflituosas, não (...) esse tipo de coisas." (NC6)

PRESTADOR DE CUIDADOS

Para os informantes, a continuidade dos cuidados também deve ser perspectivada na lógica da relação estreita entre o enfermeiro e o prestador de cuidados do membro da família dependente. O prestador de cuidados é o "indivíduo que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente" (ICN, 2010: 115). No contexto dos cuidados domiciliários, o prestador de cuidados é o principal agente no sistema de apoio informal na assistência ao utente dependente, sendo um dos requisitos para a admissão do utente na ECCL.

Desta forma, os enfermeiros da ECCI consideraram relevante englobar informação de caracterização do prestador de cuidados, nomeadamente a identificação e a disponibilidade para tomar conta.

I) Identificação:

A informação deverá, na lógica dos enfermeiros constituir um conjunto de dados que permitam identificar o prestador de cuidados adequadamente, tendo em vista o processo de cuidados e sua continuidade, para isso elencaram os seguintes itens:

*“A **pessoa de referência** também, se é prestadora mesmo ou não, **qual o vínculo com o utente**.”(E1)*

*“No GestCare vem identificado um acompanhante porque é preciso por lá, e vem identificado alguém, que às vezes depois nós chegamos lá na prática e vemos que não é a pessoa que está mais com o utente. E depois é preciso nós estarmos a procura, a tentar auscultar e saber quem é! Portanto, a **identificação** do cuidador (...) esse trabalho estaria minimizado, não é?!” (E2)*

*“...sabermos com quem, **qual é o nosso parceiro** nos cuidados...” (E5)*

*“**se é prestadora de cuidado formal ou informal**, (...) é perceber **quem é que cuida...**” (E4)*

*“... se tem um **vizinho, ou filha, ou nora** que presta os cuidados mas não está lá identificado como prestador principal, não é? (NC8)*

*“...**quem é que presta os cuidados e mais convive com o dependente**” (NC18)*

Para o utente ser admitido na ECCI um dos pré-requisitos passa pela identificação de um cuidador informal, porém, o que a maioria dos enfermeiros relataram é que no momento em que realizam a primeira visita domiciliar, após a admissão na ECCI, na maioria das vezes, o cuidador é outra pessoa. Desta forma, a identificação do real cuidador e seu contacto é importante para os enfermeiros.

II) Disponibilidade:

Outro fator referido como importante para o processo de cuidados, é a identificação da disponibilidade do prestador de cuidados. Esta disponibilidade não se prende unicamente com o *timing* para tomar conta da pessoa dependente, mas também com o tempo disponível para a intervenção do profissional no desenvolvimento de competências do prestador de cuidados para o desempenho do seu papel. O acesso a esta informação permite, na opinião dos participantes, planejar os horários das visitas domiciliares quando os cuidadores estiverem junto dos utentes, no sentido de ensinar, instruir e treinar a aprendizagem de métodos adequados. Por outro lado, consideram que esta informação será importante para que os enfermeiros possam verificar, se o tempo disponibilizado pelo prestador de cuidados será suficiente, para o apoio que necessita a pessoa dependente, como podemos observar nos relatos dos enfermeiros seguidamente apresentados:

*“O **tempo** que esse prestador fica com o utente...” (E4)*

*“... o **tempo** que o cuidador **permanece junto** com o utente.” (NC5)*

*“Saber se este prestador **fica lá durante o dia inteiro** ou vai lá ou **três vezes ao dia...**” (NC5)*

*“Identificar quando é que o prestador **está com o utente...**” (NC7)*

“Para nós enfermeiros da ECCI é importante saber quanto tempo o prestador de cuidados permanece com o utente, em que períodos e de que forma está ou estão organizados para prestar os cuidados, quais os turnos (...) em posse desta informação podemos programar de forma mais eficaz as intervenções junto deste prestador de cuidados...” (NC8)

3.1.2 Acessibilidade à Informação

Após a identificação de alguns aspetos que exemplificam, na opinião dos participantes, a informação relevante, para efeitos de continuidade de cuidados, torna-se pertinente apresentar a perspetiva dos mesmos em relação à acessibilidade desta informação. Desta forma, apresentamos um conjunto de discursos que ilustram os principais problemas de acessibilidade relatados pelos enfermeiros, tais como, a falta de sistematização dos dados, duplicação dos dados, dispersão da informação relevante e a necessidade de integração dos dados.

Uma das dificuldades dominantes evidenciadas nos discursos está relacionada com a falta de sistematização dos dados, principalmente quando se refere aos campos associados às "Avaliações de Enfermagem" e ao "IAI" (ambos contidos no GestCare® CCI). Segundo os participantes, estes dois campos de dados não facilitam o acesso à informação relevante, não correspondendo, assim, às reais necessidades dos utilizadores. Quanto ao módulo específico de Avaliação de Enfermagem, este apresenta um campo aberto para preenchimento livre (Notas de Enfermagem), seguido de inúmeros campos fechados de múltipla escolha, em que o enfermeiro seleciona as opções entre as alternativas disponibilizadas. De acordo com os enfermeiros, esta forma de apresentação coloca dificuldades no registo e, consequentemente, na utilização destas informações disponibilizadas, por permitir, muitas vezes interpretações “dúbias” ou subjetivas sobre as respostas escolhidas, fazendo com que cada enfermeiro inclua ou não dados de informação no SIRNCCI, como podemos observar nos relatos seguintes:

*“... assim, a **informação no GestCare é um pouco maçuda** (...) penso que não seja assim acessível! Portanto, às vezes eu posso abrir uma [avaliação de enfermagem] que não tem o que eu precise, aí tenho que abrir e fechar aquela [avaliação de enfermagem] abrir outra e assim sucessivamente...” (NC8)*

*"... ele é **maçudo** [GestCare], se quero saber alguma informação tenho que clicar em várias abas, abrir e fechar até que possa encontrar a informação, além disso, **nós preenchemos o IAI e depois escrevemos também no campo aberto**, nas notas de enfermagem não é?! Porque achamos que lá estará melhor espelhado do que no IAI, **o IAI fornece dados muito sintéticos, não espelhando a condição real do utente...**" (NC12)*

*"O GestCare não permite a **inclusão de Plano individual terapêutico**, com o ponto de situação dos objetivos a alcançar, sendo este um registo obrigatório de acordo com a diretiva técnica nº 1/UMCCI/2010, ou seja **temos que documentar duas vezes...**" (E5)*

Como se pode verificar nos discursos supracitados, torna-se difícil o acesso a informação relevante que muitas vezes encontra-se dispersa pelo SIRNCCI. Esta dispersão dos dados nos SIE em uso, associada à duplicação dos dados/registos, surgem como os dois principais problemas evidenciados durante o trabalho de observação e realçado nas entrevistas, como podemos observar nos relatos dos enfermeiros:

*"... isto é **maçudo** não é? **Ter que registar os mesmos dados (...)** o GestCare poderia assumir os dados anteriores que não se alteraram." (E1)*

"... Regista no SAPE, tem que abrir todos os diagnósticos, intervenções de enfermagem e registar, ainda depois, no GestCare..." (E2)

*"... penso que por **ter que registar em três sítios, às vezes pode dar origem a enganos.**" (E3)*

*"No Gestcare a informação às vezes é um bocadinho fragmentada em diversos campos e depois não é perceptível (...) temos que abrir de registo a registo para se obter uma noção mais abrangente (...) **temos que abrir várias vezes aquilo.**" (E3)*

*"... claro que a **informação fica mais diluída**, além de ser **maçuda** no GestCare, é **dispersa nos três sítios** [GestCare, SAPE e processo clínico da RNCCI em papel], não é fácil obter uma visão global." (E6)*

Através dos discursos dos participantes, fica claro o descontentamento dos enfermeiros com o modo como é apresentada e disponibilizada a informação. Alguns enfermeiros referiram insegurança em relação aos registos nos dois sistemas de informação, salientando que: *"a duplicação dos registos pode levar à omissão de alguns dados por transmitir ao profissional a ideia de já ter feito o registo em todos os sistemas de informação"* (E4). Neste sentido reforçam a importância da integração e partilha dos dados, como exemplificado na seguinte transcrição:

"... acho que uma das grandes dificuldades realmente é a nível de registo e acesso ao registo. Há determinados campos que poderiam ser redefinidos (...) e se houvesse a possibilidade de colocar tudo num só aplicativo, eu acho que seria o ideal." (E6)

Estas afirmações são sobreponíveis aos resultados descritos nos estudos realizados por Mota (2010) e Sousa (2006) que reforçam a ideia que o excesso de informação acaba por banalizar a informação relevante.

Desta forma, urge (re)desenhar soluções de partilha de informação mais adequadas às necessidades dos utilizadores, maximizando a utilização dos dados, em favor da qualidade dos cuidados.

3.1.3 Repositórios da Informação Relevante

Um dos objetivos que integra este estudo, encontra-se associado à identificação dos repositórios de informação considerada relevante para os enfermeiros das ECCI, para efeitos da continuidade dos cuidados. Importa clarificar o conceito de repositório utilizado neste estudo, do qual partilhamos da opinião de Pereira (2001) ao afirmar que não podemos reduzir o conceito de repositório de informação apenas a estruturas físicas objectiváveis, mas devemos alargá-lo a uma dimensão onde se incluam as estruturas de memória e os campos preceptivos dos indivíduos. Neste enquadramento, os repositórios da informação são entendidos como a entidade e/ou suporte onde a informação está disponível para ser utilizada.

Desta forma, com base nas observações e entrevistas realizadas, são considerados pelos enfermeiros como os repositórios centrais da informação relevante o SAPE e o GestCare® CCI, e como repositórios de informação complementar a Rede de Suporte/Família e os Enfermeiros:

REPOSITÓRIOS CENTRAIS

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

Sendo o SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - utilizado pelos enfermeiros em todos os Agrupamentos de Centros de Saúde que integram a região Norte de Portugal, este SIE surge como um dos repositórios centrais da informação relevante.

*"Se é um utente acompanhado por mim ou já está na ECCI há algum tempo normalmente vou ao **SAPE**, porque **lá tem mais informação que no GestCare**." (E4)*

*"A informação relevante vai depender das características do utente, mas geralmente está no **SAPE**..." (E2)*

*"A informação basicamente suficiente está no **SAPE**..." (E1)*

*"Apesar de não estar totalmente parametrizado para o contexto das ECCI, por exemplo, em relação às intervenções de reabilitação, o **SAPE** é onde está a maior parte da informação..." (NC12)*

*"Se calhar, penso que deveríamos documentar apenas no **SAPE**, onde estão todos os utentes. E se estivesse lá, toda a gente teria acesso, no Gestcare, só eu tenho. E a informação lá documentada[GestCare], acaba por se perder [após a alta do utente]." (E5)*

Pelos discursos dos enfermeiros verifica-se que estes consideram o SAPE como o repositório onde está a maior parte da informação relevante, e sendo o SAPE um sistema presente em todos os ACeS da região norte, este pode propiciar uma melhor continuidade dos cuidados, como exemplificado no último discurso,

facto este que também evidencia o interesse/necessidade da integração e partilha dos dados produzidos pelos enfermeiros das ECCI.

GestCare® CCI

O GestCare® CCI, é o sistema da RNCCI que, como referido anteriormente, serve de suporte à referência, monitorização e gestão dos utentes da RNCCI. Este sistema é considerado como o repositório central da informação relevante, dado possuir e disponibilizar informação de referência do utente e informação específica produzida por outros profissionais, conteúdo de dados não disponibilizado pelo SAPE. Neste sentido, os participantes salientam que:

*"Consulto o **GestCare**, vejo os relatórios médicos, as avaliações médicas..." (E3)*

*"Além do SAPE conter a informação de enfermagem, no **GestCare** tem a informação sobre as avaliações médicas e sociais." (NC8)*

*"Apesar de ter informação que às vezes é subjetiva, no **GestCare** é onde está a primeira informação acerca do estado atual do utente." (E1)*

*"... o primeiro sítio em que olhamos e nos inteiramos sobre o utente é no **GestCare**..." (NC5)*

Na realidade, o facto do GestCare® CCI disponibilizar algumas informações, como as de referência (via hospital) e de outros profissionais (médico e assistente social), que através do SAPE seria inviável (até a presente data do estudo), torna-se como um repositório de informação relevante para algumas áreas em específico. Muitas vezes, a ausência e/ou dispersão da informação leva os enfermeiros das ECCI a recorrer a outros repositórios de forma a complementar a informação como, por exemplo, à "Rede de Suporte/Família" do utente ou ao "Enfermeiro".

REPOSITÓRIOS COMPLEMENTARES

Rede de Suporte/Família

Como mencionado anteriormente, de forma a complementar e/ou clarificar alguma informação, os enfermeiros participantes recorrem a rede de suporte (em particular a família) como repositório complementar de informação relevante, como evidenciado pelos discursos a seguir:

*"... a informação que disponho é reduzida então complemento com informações junto da **família** para tentar complementar aquela informação que estava nos aplicativos." (E2)*

*"Por vezes tentamos recolher informação com o **prestador de cuidados ou com a família**..." (NC3)*

*"... como muitas vezes não temos informação médica do utente, depois vamos ver com a **família** qual é o medicamento atual que o utente está a tomar..." (E3)*

*"... no SAPE sempre tem informação, mas as vezes é preciso aprofundar ou esclarecer alguma informação com a **família ou com o prestador de cuidados**." (E4)*

Quando os enfermeiros recorrem à família ou ao prestador de cuidados, procuram ter acesso a informações que lhes permitam clarificar algum dado ou reduzir a incerteza. É de realçar que os seus pares (enfermeiros que trabalham nas ECCI ou outros profissionais, como por exemplo, médico ou assistente social) também são considerados repositórios de informação relevante na medida em que possuem um conhecimento acerca do utente admitido na ECCI, maior ou menor de acordo com o tempo de assistência ao utente.

Enfermeiros

À semelhança do descrito no estudo de Pereira (2001), os enfermeiros participantes neste estudo, consideram os seus pares como repositórios de informação, na medida em que possuem um conhecimento (maior ou menor) dos utentes admitidos nas ECCI.

*"Quando temos uma **situação conflituosa**, passamo-la de **enfermeiro a enfermeiro**." (E2)*

*"... às vezes acerca dos **aspetos relacionais** (...) mas que podem beneficiar a relação terapêutica (...) conversamos com o colega ou **avisamos o colega** sobre «olha vai mais a essa altura do dia, ou a família gosta que vá mais tarde, ou ainda, por exemplo, ele gosta que faça assim» são aspetos realmente importantes." (E5)*

*"... penso que tudo está documentado nos aplicativos, mas quando **temos informação do colega** é como se fosse **um reforço, uma garantia extra**." (E2)*

*"São informações com **riqueza de detalhes** é entre nós [**enfermeiros**]." (E4)*

*"Se eu não tenho prontamente no GestCare, e a família não consegue me informar, eu procuro saber **diretamente com o médico**." (E2)*

*"Têm **informações que ficam connosco [entre enfermeiros]**. É que não existe aquele campo «**parece-me que**» ou «**a situação está a caminhar para aquele sentido**» aquela informação de **intuição**. Normalmente não é muito fácil de registar, não é comum..." (E3)*

No mesmo estudo realizado por Pereira (2001), centrado na informação relevante para a continuidade dos cuidados de Enfermagem, o autor identificou algumas categorias de dados (formais/informais), que relevavam para efeitos da continuidade, e que eram transmitidos verbalmente ou por "lembretes em papel" entre os enfermeiros e que poderiam ou não estar alojados nos SI. Durante as observações e entrevistas apreenhamos que parte da informação considerada relevante para os enfermeiros pode não estar documentada, é transmitida verbalmente e geralmente está ligada aos domínios de informação utilizados pelos enfermeiros para resumir quadros fisiopatológicos ou em relação à aspetos relacionais ligados ao utente, sendo uma informação considerada por eles difícil de ser formalizada, como também "lembretes" ou "alertas", uma espécie de informação adicional, de natureza explicativa acerca do estado de saúde do utente, suas preferências e de seus conviventes (em particular, seu prestador de cuidados).

3.2 II Momento

Depois de realizado o estudo exploratório, que nos permitiu identificar algumas “áreas/dimensões” de dados/informações concebidos como relevantes pelos enfermeiros participantes do primeiro momento e, suas respectivas acessibilidades, tencionávamos saber qual o nível de relevância e acessibilidade que estes itens, elencados pelos participantes como relevantes, representavam para os enfermeiros das ECCI que integram a região norte de Portugal. Para isso, construímos um questionário com base nos resultados deste primeiro momento, de estudos prévios na área dos SIE e que utilizaram o questionário com escala Likert como instrumento de recolha dos dados (Sousa, 2006; Pereira, 2007; Mota, 2010; Sepúlveda, 2013) e da análise da estrutura e conteúdo dos SI em uso nas ECCI da região Norte de Portugal, nomeadamente o SAPE e o SIRNCCI.

Assim, como referido anteriormente, o questionário constituiu-se em três partes: na primeira, procede-se à caracterização dos participantes; na segunda, composta por 62 enunciados, utilizando a escala ordinal tipo Likert, com a atribuição de scores (de 1 a 5), com variação entre o score 1 “*pouco*” e o score 5 “*muito*”, e onde cada um dos participantes deveria se pronunciar sobre o nível de relevância e o nível de acessibilidade. A terceira e última parte, é constituída por espaços com enunciados em aberto, para que os participantes pudessem acrescentar livremente itens de informação que não foram abordados anteriormente e classificá-los da mesma forma que os anteriores.

Seguidamente, efetuou-se o estudo das características da distribuição amostral, através do teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), com o qual se verificou a existência de resultados com uma significância estatística de $p < 0,001$ em todos os itens, o que nos revela que a nossa amostra não adere à normalidade. Por conseguinte, perante estes dados e ainda pelo facto de utilizarmos uma escala tipo Likert em que as nossas variáveis em estudo são ordinais, optámos pela utilização de testes estatísticos não paramétricos.

Para o estudo da relação entre variáveis utilizámos os seguintes testes estatísticos não paramétricos, o teste U-Mann-Whitney (U) para avaliar a diferença de médias em duas amostras independentes e o estudo do coeficiente de correlação de postos de Spearman (r_s) para o estudo das relações entre variáveis da mesma natureza. Assim, para efeitos desta dissertação para a análise inferencial apenas apresentamos os resultados para um valor $p < 0,05$.

Na análise descritiva descreveremos a amostra através das medidas de tendência central (média, moda e mediana), frequências absolutas e relativas e medidas de dispersão através do desvio padrão.

3.2.1 Caracterização dos Participantes

Como referido anteriormente, no momento em que foi aplicado o questionário, haviam 86 ECCI integrantes da ARS-Norte conforme o Relatório de Monitorização da RNCCI publicado no 1º semestre de 2012 (PORTUGAL. UMCCI, 2012a). Foi solicitado à ECR-Norte os contactos (endereços de correio eletrónico) des-

tas 86 equipas e, por conseguinte, por cada endereço disponibilizado, foi enviado um pedido de colaboração para o preenchimento do questionário, do qual 138 enfermeiros se disponibilizaram a participar.

Posteriormente, foram entregues os questionários aos enfermeiros colaboradores em envelope selado (sendo um enviado pelo correio) e destes, 94 questionários foram devolvidos. No final, 90 questionários foram considerados perfeitamente válidos. Os outros quatro questionários foram excluídos por não se apresentarem devidamente preenchidos.

Dos 90 enfermeiros respondentes, a maioria é do sexo feminino (67%) e os restantes (33%) do sexo masculino, apresentam idades compreendidas entre os 27 e 63 anos, com uma média de 36 anos de idade ($DP= 7,2$) e uma mediana de 35 anos.

Quanto ao tempo de exercício profissional, os respondentes exercem a sua atividade em média há cerca de 13,9 anos, variando o tempo de experiência profissional entre um mínimo de 2 anos e um máximo de 40 anos ($DP= 6,8$), onde se verifica que pelo menos metade dos participantes já tem pelo menos 13 anos de experiência profissional.

Em relação ao tempo de exercício profissional nas ECCI, em média, os enfermeiros participantes, trabalham nas ECCI há 19 meses (sobreponível à mediana), com um desvio padrão de aproximadamente 6,5 meses, variando entre 3 a 37 meses, sendo que pelo menos metade destes enfermeiros participantes no estudo, trabalha neste contexto há mais de 20 meses, conforme apresentado na seguinte tabela:

Quadro 2: *Dados sobre idade e tempo de exercício profissional.*

Variável	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
Idade	36	35	33*	7,219
Tempo de Exercício Profissional (anos)	13,9	13	15	6,838
Tempo de Exercício ECCI (meses)	19	19	20	6,597

No que se refere à categoria profissional dos enfermeiros participantes, 51% possuem formação pós-graduada em Enfermagem, destes a maioria com especialização em Reabilitação (52%) seguida da Enfermagem em Saúde Comunitária (36%). Para além destas, foram citadas também em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em Enfermagem Pediátrica, em Cuidados Paliativos e em Saúde Mental.

Ainda no que se refere à utilização dos SIE para registo e consumo diário de informação, 95,6% dos enfermeiros responderam que utilizam simultaneamente o SAPE e o GestCare e apenas 4,4% (4 enfermeiros) somente o SAPE. Estes dados são tradutores da realidade das ECCI que integram a região norte do país, uma vez que, em algumas delas, existem enfermeiros que integram as equipas em tempo parcial, ou colaboram nas ausências dos elementos efetivos, ou por organização interna, apenas prestam os cuidados diários e registam no SAPE, deixando as avaliações periódicas obrigatórias no SIRNCCI para o Gestor de Caso ou para o enfermeiro responsável da equipa.

3.2.2 Relevância e Acessibilidade da Informação

Neste ponto, apresentamos os resultados da segunda parte do questionário (62 enunciados) referente à opinião dos enfermeiros sobre o nível de relevância dos dados/informação, documentados nos SIE em uso (GestCare® CCI e SAPE) nas ECCI, para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem, bem como a sua opinião relativamente ao nível de acessibilidade desses mesmos dados/informação.

Para isto, foi adotado um conjunto de critérios semelhantes aos utilizados em estudos anteriores na área dos SIE (Sousa, 2006; Pereira, 2007; Mota, 2010; Sepúlveda, 2013). Assim, para se proceder à análise da informação relevante e sua respetiva acessibilidade, os critérios adotados foram:

Quadro 3: *CrITÉRIOS de inclusão dos itens de informação considerados muito relevantes/acessíveis*

Requisito	CrITÉrio
Média	≥ 4
Mediana e Moda*	5
Frequência Acumulada dos scores 4 e 5 ($F_{a_{4,5}}$)	$\geq 75\%$

* No caso de um determinado item de informação (variável) ter mais do que uma moda (multimodal), consideramos como referência o valor modal mais baixo.

Quadro 4: *CrITÉRIOS de inclusão dos itens de informação considerados pouco relevantes/acessíveis*

Requisito	CrITÉrio
Média	≤ 2
Mediana e Moda	1
Frequência Acumulada dos scores 1 e 2 ($F_{a_{1,2}}$)	$\geq 75\%$

3.2.2.1 Relevância da Informação

Seguindo os critérios delineados anteriormente, foram obtidos 31 itens de informação considerados "muito relevantes" dos 62 enunciados disponibilizados no questionário. Na sua globalidade, os resultados (Anexo IX) apresentaram na sua grande maioria ($n = 50$) um score médio superior ou igual a quatro para as médias em relação à relevância.

O quadro 5 apresenta os 31 itens de informação que foram considerados pelos enfermeiros como "muito" relevantes para efeitos de continuidade dos cuidados nas ECCI.

Quadro 5: Itens de informação considerados muito relevantes

Descrição	Q	\bar{x}	DP	Fa _{4,5}
Identificação e Contacto do(s) Prestador(es) de Cuidados	Q05.01	4,8	0,39	100,00%
Diagnósticos de Enfermagem Ativos	Q04.02	4,8	0,42	100,00%
Intervenções de Enfermagem Ativas	Q04.03	4,8	0,41	100,00%
Feridas (tipo, local, característica e tratamentos)	Q03.02	4,8	0,36	100,00%
Intercorrências durante o internamento hospitalar	Q02.04	4,8	0,43	100,00%
Resultados obtidos com as intervenções	Q04.05	4,7	0,48	97,80%
Disponibilidade para tomar conta (Informação sobre o(s) Prestador(es) de Cuidados)	Q05.02	4,7	0,50	97,80%
Conhecimento/capacidade para assistir/substituir no autocuidado do dependente	Q05.03	4,7	0,49	97,70%
Sobrecarga (física, emocional) do(s) Prestador(es) de Cuidados	Q05.04	4,7	0,49	97,70%
Dor (tipo de dor, local e intensidade)	Q03.01	4,7	0,50	97,70%
Autonomia física (IAI)	Q08.06	4,7	0,61	97,70%
Antecedentes pessoais (patológicos, cirurgias realizadas, internamentos)	Q02.05	4,7	0,54	96,70%
Diagnóstico Médico	Q02.01	4,7	0,51	96,70%
Notas de Enfermagem (Avaliação de Enfermagem - GestCare)	Q09.01	4,7	0,58	95,60%
Dados das atividades diagnósticas	Q04.01	4,7	0,56	95,60%
Intervenções de enfermagens ativas centradas unicamente no âmbito do ensinar/instruir/ treinar	Q04.08	4,6	0,51	98,90%
CrITÉrios de resultado (resultados esperados com as Intervenções de Enfermagem)	Q04.04	4,6	0,66	95,60%
Resultados (ganhos obtidos) unicamente com as intervenções no âmbito do ensinar/instruir/ treinar	Q04.09	4,6	0,57	97,80%
Estado cognitivo (IAI)	Q08.09	4,6	0,63	97,80%
Outros parâmetros de monitorização para além de Dor e Feridas	Q03.03	4,6	0,52	98,90%
Últimas prescrições médicas realizadas (atitudes terapêuticas, medicação)	Q02.03	4,6	0,56	96,70%
Resultados de exames complementares de diagnóstico	Q02.02	4,5	0,58	95,60%
Papel/tipo de apoio prestado pelos elementos da rede de suporte	Q06.05	4,5	0,58	95,50%
Locomoção (IAI)	Q08.05	4,5	0,69	94,50%
Autonomia instrumental (IAI)	Q08.07	4,5	0,67	95,50%
Existência de barreiras arquitetônicas	Q07.01	4,5	0,58	95,50%
Avaliação do risco de úlcera de pressão unicamente enunciada no GestCare	Q09.14	4,5	0,69	94,40%
Estrutura/composição da rede de suporte	Q06.04	4,5	0,62	93,40%
Avaliação das úlceras de pressão unicamente enunciada no GestCare	Q09.15	4,5	0,79	88,90%
Avaliação do risco de quedas (Escala de Morse) unicamente enunciada no GestCare	Q09.17	4,3	0,92	84,50%
Avaliação da dor unicamente enunciada no GestCare	Q09.16	4,3	0,95	83,40%

Da análise global do quadro, *à priori* podemos constatar que os itens que emergiram da análise de conteúdo do primeiro momento estão inclusos nesta, como itens de informação "muito" relevantes, dos quais assumem lugar de destaque com as médias mais elevadas da tabela.

Podemos observar também que dos itens considerados pelos enfermeiros como relevantes e que alcançaram os "mais baixos" níveis de relevância, entre os últimos cinco itens estão: Avaliação do risco de úlcera de pressão; Avaliação das úlceras de pressão; Avaliação do risco de quedas (Escala de Morse); e Avaliação da dor), todos disponibilizados pelo GestCare® CCI, sendo que os últimos três itens, através do módulo de Avaliação de Enfermagem, que como pudemos constatar no primeiro momento, comportam problemas de acessibilidade.

Assim, da análise global destes itens e se usarmos a lógica de categorização adotada no momento anterior, constatamos quatro grandes áreas de informação muito relevante, as quais podemos, desta forma, caracterizar como no I momento:

- Informação de Produção de Enfermagem : Dados, Diagnósticos, Resultados e Intervenções:
 - Dados das Atividades Diagnósticas;
 - Dados relativos à Vigilância e Monitorização;
 - Dados específicos associados ao “estado cognitivo”, “locomção”, “autonomia física e instrumental” do utente (Instrumento de Avaliação Integrada – IAI do GestaCare® CCI);
 - Dados específicos relativos às condições habitacionais do utente (existência de barreiras arquitetónicas);
 - Critérios de Resultado (Resultados Esperados com as Intervenções de Enfermagem);
 - Diagnósticos de Enfermagem Ativos;
 - Intervenções de Enfermagem Ativas;
 - Resultados obtidos com as Intervenções de Enfermagem;
 - Notas de Enfermagem (Avaliação de Enfermagem do GestaCare® CCI).
- Informação sobre o Prestador de Cuidados:
 - Identificação e contacto;
 - Disponibilidade para tomar conta;
 - Conhecimento/capacidade para assistir/substituir no autocuidado do dependente;
 - Sobrecarga (física, emocional);
 - Disponibilidade para tomar conta (informação sobre o prestador(s) de cuidados).

- Informação sobre a Rede de Suporte:
 - Estrutura/Composição da rede de suporte;
 - Papel/Tipo de Apoio prestado pelos elementos da Rede de Suporte
- Informação de Produção Médica:
 - Diagnóstico Médico;
 - Resultados de exames complementares de diagnóstico;
 - Últimas prescrições médicas realizadas (atitudes terapêuticas, medicação);
 - Intercorrências durante o internamento hospitalar;
 - Antecedentes Pessoais (patológicos, cirurgias realizadas, internamentos).

3.2.2.2 Acessibilidade da Informação

Em relação ao nível de acessibilidade aos dados/itens de informação enunciados no questionário (62 itens), podemos observar pela globalidade dos resultados que apenas dois itens apresentam os critérios para serem considerados como muito acessíveis. De acordo com os inquiridos, os itens de informação "muito acessíveis" são: Quem respondeu ao inquérito (Q08.01) e as Notas de Enfermagem (Q09.01).

Quadro 6: *Itens de informação considerados muito acessíveis*

Descrição	Q	\bar{x}	DP	Fa _{4,5}
Quem respondeu ao inquérito	Q08.01	4,2	0,92	84,50%
Notas de enfermagem	Q09.01	4,1	0,92	78,80%

Em relação a estes itens, importa ressaltar que o primeiro item (Q08.01 - Quem respondeu ao inquérito) não reúne todos os critérios para relevância de acordo com os respondentes, embora possua uma média de 4,3 e Fa_{4,5} de 85,5%. A elevada acessibilidade apontada neste item pode ser devido ao facto de ele fazer parte do IAI e ser de preenchimento obrigatório nas avaliações periódicas ao utente pelas ECCI. Já em relação ao item (Q09.01 - Notas de Enfermagem), ser considerado acessível, pode estar relacionado ao facto de ser um "campo" aberto, onde os enfermeiros recorrem para registar a informação que está de difícil acesso ou não está acessível em outros locais do SIRNCCI, e que consideram que deve ser transmitido para efeitos de continuidade de cuidados, como referido no primeiro momento, adquirindo desta forma, os valores que o incluem também como "muito relevante".

Relativamente aos itens considerados pelos enfermeiros como pouco acessíveis, também encontramos apenas dois itens que cumprem os critérios de seleção, o Ecomapa e o Genograma.

Quadro 7: *Itens de informação considerados pouco acessíveis*

Descrição	Q	\bar{x}	DP	Fa _{1,2}
Genograma	Q06.06	1,5	0,72	91,10%
Ecomapa	Q06.07	1,5	0,65	93,20%

Este valor baixo poderá estar relacionado com o facto de que estes dois itens não se encontram disponíveis e nem são obrigatórios (até a presente data da elaboração do relatório) no SIRNCCI e nem no SAPE, dependendo do enfermeiro realizar o registo dos instrumentos em suporte próprio, informaticamente ou em papel. É de salientar, de igual forma, que estes instrumentos não foram incluídos pelos enfermeiros participantes como item de informação muito relevante.

3.2.2.3 Análise comparativa: Relevância e Acessibilidade dos dados/informação

Em relação à análise comparativa da relevância e acessibilidade dos dados/informação considerados relevantes pelos enfermeiros para efeitos de continuidade dos cuidados, podemos observar, pelos resultados que integram o questionário que, dos 31 itens enunciados como relevantes, apenas um reúne simultaneamente os requisitos para ser classificado como "muito relevante" e "muito acessível" o - Q09.01 - Notas de Enfermagem.

Podemos também verificar que, de acordo com o Quadro 8, quanto aos valores das médias da acessibilidade da informação, em termos genéricos, os itens de informação mais relevantes para os enfermeiros evidenciados no primeiro momento, têm valores de acessibilidade mais baixos. Por conseguinte, podemos afirmar que a acessibilidade daqueles itens de informação está aquém daquilo que é a sua relevância. Quanto aos itens que obtiveram scores mais baixos, embora apenas o Q06.06 - Genograma (Fa_{1,2} de 91,1%) e o Q06.07 -Ecomapa (Fa_{1,2} de 93,2%) alcancem todos os critérios para pouca acessibilidade. Em termos genéricos, apenas duas dimensões obtiveram itens com valores de médias ≤ 2 :

- Informação de produção médica (Q02.02 - Resultados de Exames de Diagnóstico; Q02.06 -Antecedentes Familiares e Q02.07 - Evolução Previsível da situação da doença;
- Informação relativa a Rede de Suporte (Q06.03- Pessoas Significativas; Q06.05 - Papel/tipo de apoio prestado; Q06.06- Genograma; Q06.07- Ecomapa);

Por fim, é de realçar que dos itens que integram a informação de Enfermagem, os que apresentaram menor score para a acessibilidade estão relacionados com os resultados e critérios de resultados de enfermagem.

Quadro 8: Relevância vs Acessibilidade dos itens de informação relevantes

Questão	Relevância				Acessibilidade			
	Fa _{4,5}	Moda	Mediana	\bar{x}	\bar{x}	Mediana	Moda	Fa _{4,5}
Q05.01	100,00%	5	5	4,8	3,4	3	3	74,50%
Q04.02	100,00%	5	5	4,8	3,8	4	4	72,50%
Q04.03	100,00%	5	5	4,8	3,8	4	4	69,90%
Q03.02	100,00%	5	5	4,8	3,5	4	4	53,40%
Q02.04	100,00%	5	5	4,8	2,2	2	2	8,90%
Q04.05	97,80%	5	5	4,7	2,1	2	1	13,40%
Q05.02	97,80%	5	5	4,7	2,4	2	2	14,20%
Q05.03	97,70%	5	5	4,7	2,4	2	2	15,50%
Q05.04	97,70%	5	5	4,7	2,1	2	2	7,80%
Q03.01	97,70%	5	5	4,7	3,3	3	4	50,60%
Q08.06	97,70%	5	5	4,7	3,3	3	3	44,40%
Q02.05	96,70%	5	5	4,7	2,4	2	2	8,90%
Q02.01	96,70%	5	5	4,7	3,8	4	4	65,60%
Q09.01	95,60%	5	5	4,7	4,1	5	5	78,80%
Q04.01	95,60%	5	5	4,7	3,1	3	3	34,40%
Q04.04	95,60%	5	5	4,6	2,2	2	1	16,60%
Q04.08	98,90%	5	5	4,6	3,2	3	3	40,00%
Q04.09	97,80%	5	5	4,6	2,4	2	2	18,90%
Q08.09	97,80%	5	5	4,6	3,5	3	3	48,90%
Q03.03	98,90%	5	5	4,6	4,0	4	4	78,80%
Q02.03	96,70%	5	5	4,6	2,9	3	3	31,10%
Q02.02	95,60%	5	5	4,5	2,0	2	1	8,90%
Q06.05	95,50%	5	5	4,5	2,0	2	2	7,80%
Q08.05	94,50%	5	5	4,5	3,4	3	3	45,60%
Q08.07	95,50%	5	5	4,5	3,3	3	3	43,30%
Q07.01	95,50%	5	5	4,5	2,1	2	1	8,90%
Q09.14	94,40%	5	5	4,5	4,0	4	5	74,50%
Q06.04	93,40%	5	5	4,5	2,1	2	2	11,10%
Q09.15	88,90%	5	5	4,5	3,3	3	3	42,20%
Q09.17	84,50%	5	5	4,3	3,9	4	5	66,70%
Q09.16	83,40%	5	5	4,3	3,6	4	4	54,40%

3.2.2.4 Dimensões Específicas de Dados/Informação

Uma vez conhecido o nível global de relevância e acessibilidade dos itens de informação do questionário tencionávamos saber a opinião dos enfermeiros quanto à relevância e acessibilidade de cada dimensão onde está alocado o item de informação no questionário. Assim, neste subcapítulo apresentamos os resultados de cada dimensão componente do questionário.

De forma a obter um score médio global de cada dimensão (valor global de relevância e acessibilidade) procedeu-se à computação de novas variáveis, através das médias obtidas em cada um dos itens, ignorando os nulos, que integram a respetiva dimensão. Na medida em que se pretendia analisar os resultados globais tendo por base também o valor global da mediana (que permitisse a análise da existência cumulativa dos critérios de relevância e acessibilidade: média, mediana, moda e Fa), procedeu-se, igualmente, à computação de novas variáveis, através das medianas obtidas em cada um dos itens, que integrassem a respetiva dimensão.

Por conseguinte, apresentaremos os resultados de acordo com as dimensões do questionário específicas, dividindo-o em duas partes: **i) Informação específica do SIRNCCI** e **ii) Informação contida em ambos os SI em uso nas ECCI**.

Deste modo, as dimensões: Informação relativa ao Instrumento de Avaliação Integrada (IAI), Informação relativa à Avaliação de Enfermagem – Monitorização da RNCCI, a Informação relativa às condições habitacionais do utente e a Informação produzida por outros profissionais de saúde constituirão a dimensão designada por **Informação Específica do SIRNCCI**; e as restantes dimensões: Informação relativa a rede de suporte/família do utente, Informação relativa ao(s) prestador(es) de cuidado do utente, Informação relativa a vigilância/monitorização, Informação produzida pelos enfermeiros englobarão a dimensão denominada **Informação contida nos SI em uso nas ECCI**.

DA INFORMAÇÃO ESPECÍFICA DO SIRNCCI

INFORMAÇÃO RELATIVA AO IAI – INSTRUMENTO AVALIAÇÃO INTEGRADA

Esta dimensão reúne todos os itens componentes do Instrumento de Avaliação Integrada (IAI), disponibilizado especificamente no SIRNCCI. É de realçar que, nesta dimensão, foi acrescentado um item (Q08.13 “Hobbies”), resultante das observações realizadas no primeiro momento do estudo e que também está presente no estudo paralelo sobre a relevância da informação de referência para as ECCI (Sepúlveda, 2013).

Quadro 9: Estatística descritiva da dimensão "Informação relativa ao IAI no aplicativo de monitorização da RNCCI (GestCare® CCI)".

Questão	Relevância					Acessibilidade				
	Fa _{4,5}	Moda	Mediana	DP	\bar{x}	\bar{x}	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}
Q08.01	85,50%	5	4	0,80	4,3	4,2	0,92	5	5	84,50%
Q08.02	92,20%	4	4	0,70	4,3	3,4	1,10	3	3	47,80%
Q08.03	85,50%	4	4	0,74	4,2	3,2	1,02	3	3	38,90%
Q08.04	93,40%	5	4	0,69	4,4	3,6	0,91	4	3	54,50%
Q08.05	94,50%	5	5	0,69	4,5	3,4	1,07	3	3	45,60%
Q08.06	97,70%	5	5	0,61	4,7	3,3	1,13	3	3	44,40%
Q08.07	95,50%	5	5	0,67	4,5	3,3	1,10	3	3	43,30%
Q08.08	92,20%	4	4	0,70	4,3	3,2	0,95	3	3	36,10%
Q08.09	97,80%	5	5	0,63	4,6	3,5	0,97	3	3	48,90%
Q08.10	85,60%	4	4	0,71	4,1	3,6	1,01	4	4	55,60%
Q08.11	72,30%	4	4	0,73	4,1	3,3	1,01	3	3	39,90%
Q08.12	88,70%	4	4	0,71	4,2	3,3	1,01	3	3	37,70%
Q08.13	78,80%	4	4	0,75	4,0	2,2	1,15	2	1	14,40%
Global	89,20%	4	4	0,54	4,3	3,3	0,74	3	2	45,50%

Globalmente, a dimensão relativa ao IAI não reúne todos os critérios para ser considerada “muito relevante” (Mediana e Moda de 4), apesar de apresentar um score médio de 4,3 e um valor de Fa_{4,5} de 89.2%, apresentando uma dispersão moderada, DP=0,54³. De igual modo, não se pode considerar como “muito acessível” nem “pouco/nada acessível”, na medida em que não abrange nenhum dos critérios necessários (Média=3,3; Mediana de 3 e Moda de 2; Fa_{4,5} de 45,5%).

Analisando o Quadro 9, em relação à relevância, verificamos que todos os itens possuem média altas, com valores iguais ou acima de 4,0 e Fa_{4,5} \geq 72,30%. Contudo, é de realçar que apenas quatro dos treze itens apresentam todos os critérios para serem considerados “muito relevantes”, (Q08.05 - Locomoção, Q08.06 - Autonomia física, Q08.07 - Autonomia instrumental e Q08.09 - Estado cognitivo) e que os restantes itens não reúnem os demais requisitos. Além disso, observam-se também diferentes valores de dispersão nas respostas, variando o desvio-padrão das mesmas entre 0,61 (Q08.06 “Autonomia física”) e 0,80 (Q08.01 “Quem respondeu ao inquérito”) para a relevância.

No que concerne à acessibilidade, apenas um item pode ser considerado como “muito acessível”, o Q08.01 (Quem respondeu ao inquérito). Deve-se salientar que o facto do item Q08.13 (“Hobbies”) não estar incluído no IAI, no SIRNCCI, poderá explicar o baixo valor da Fa_{4,5} (14,40%) e a elevada dispersão (DP=1,15) nas respostas relativas à acessibilidade.

O Gráfico 1 permite-nos verificar a análise comparativa dos scores médios dos itens desta dimensão

³Para efeitos de classificação da dispersão utilizámos os critérios apresentados a seguir: i) Dispersão baixa: desvio-padrão <0,50; ii) Dispersão moderada: desvio-padrão \geq 0,50 e <1,00; iii) Dispersão elevada: desvio-padrão \geq 1.

quanto à relevância e acessibilidade dos dados/informação.

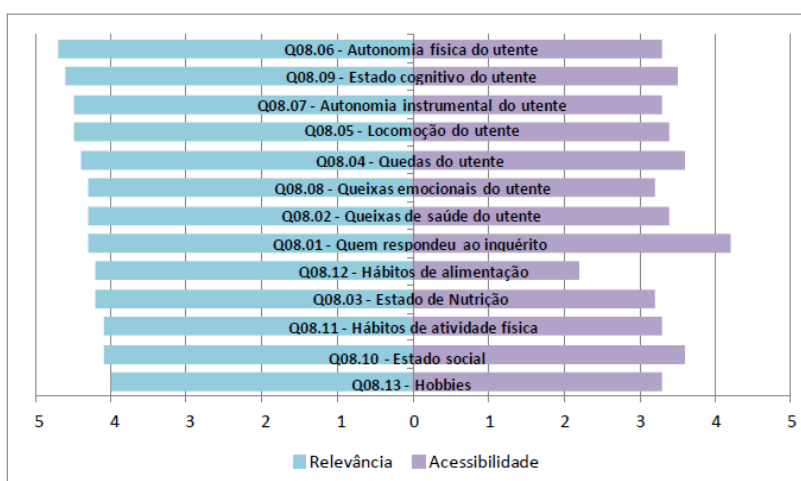


Gráfico 1: Comparação das médias dos itens da dimensão: IAI.

INFORMAÇÃO RELATIVA À AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Esta dimensão reúne todos os itens de informação relativos à informação de avaliação produzida pelo enfermeiro, que se encontram no SIRNCCI. Em termos globais (Quadro 10), apesar desta dimensão obter os requisitos (Média=4; Moda=5), a mediana é 4 e $Fa_{4,5}$ de 73,5% não incluindo esta dimensão como “muito relevante”, apresentando uma dispersão moderada ($DP=0,78$).

Quanto à acessibilidade, esta dimensão apresenta um score médio global de 3,3, uma mediana e moda de 3, apresentando $Fa_{4,5}$ de 44,3%. A dispersão é moderada ($DP=0,75$). Não podendo também nem ser enquadrada como “muito acessível” nem “pouco acessível”.

É de ressaltar que embora globalmente esta dimensão não possa ser considerada como “muito relevante”, cinco itens que a integram agregam todos os critérios definidos para serem considerados muito relevantes (Q09.01-Notas de Enfermagem, Q09.14-Avaliação do Risco de úlcera de pressão, Q09.15-Avaliação das úlceras de pressão, Q09.16-Avaliação da Dor, Q09.17-Avaliação do Risco de Quedas).

Destes, o item Q09.01-Notas de Enfermagem, apresenta os valores mais elevados em termos de relevância e acessibilidade. Quanto à relevância, sua média é 4,7 e $Fa_{4,5}$ de 95,6%. Quanto à acessibilidade, sua média é de 4,1 e $Fa_{4,5}$ de 78,8%, sendo a única que cumpre os critérios. Todos os demais não reúnem critérios como “muito acessível” ou “pouco/nada acessível”, com score médio global de 3,3 ; mediana e moda de 3 e DP de 0,7, o que pode ser considerada dispersão moderada.

Quadro 10: Estatística descritiva da dimensão "Informação relativa à Avaliação de Enfermagem existente no Aplicativo de Monitorização da RNCCI (GestCare CCI)".

Questão	Relevância					Acessibilidade				
	Fa _{4,5}	Moda	Mediana	DP	\bar{x}	\bar{x}	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}
Q09.01	95,60%	5	5	0,58	4,7	4,1	0,92	5	5	78,80%
Q09.02	70,00%	5	4	1,04	3,9	3,5	1,08	4	4	52,20%
Q09.03	67,80%	5	4	1,11	3,7	3,3	1,18	3	3	42,20%
Q09.04	62,20%	5	4	1,15	3,8	3,3	1,15	3	3	44,50%
Q09.05	75,50%	5	4	1,01	4,1	3,3	1,08	3	3	37,80%
Q09.06	86,70%	5	4	0,93	4,3	3,2	1,08	3	3	36,70%
Q09.07	84,50%	5	4	0,90	4,3	3,0	1,10	3	3	28,90%
Q09.08	38,80%	3	4	1,11	3,7	3,3	1,07	3	3	38,80%
Q09.09	58,90%	3	4	1,03	3,8	3,4	1,04	3	3	43,40%
Q09.10	57,80%	3	4	1,03	3,8	3,5	0,97	3	3	44,50%
Q09.11	68,90%	4	4	1,02	3,9	3,0	1,04	3	3	27,80%
Q09.12	61,00%	4	4	1,08	3,7	2,7	1,07	3	3	22,20%
Q09.13	71,10%	4	4	0,93	3,9	2,5	1,06	3	3	17,70%
Q09.14	94,40%	5	5	0,69	4,5	4,0	0,93	4	5	74,50%
Q09.15	88,90%	5	5	0,79	4,5	3,3	1,22	3	3	42,20%
Q09.16	83,40%	5	5	0,95	4,3	3,6	1,05	4	4	54,40%
Q09.17	84,50%	5	5	0,92	4,3	3,9	1,14	4	5	66,70%
Global	73,50%	5	4	0,78	4,0	3,3	0,75	3	3	44,30%

O Gráfico 2 permite-nos visualizar a análise comparativa dos scores médios dos itens desta dimensão em relação à relevância e acessibilidade dos dados/informação.

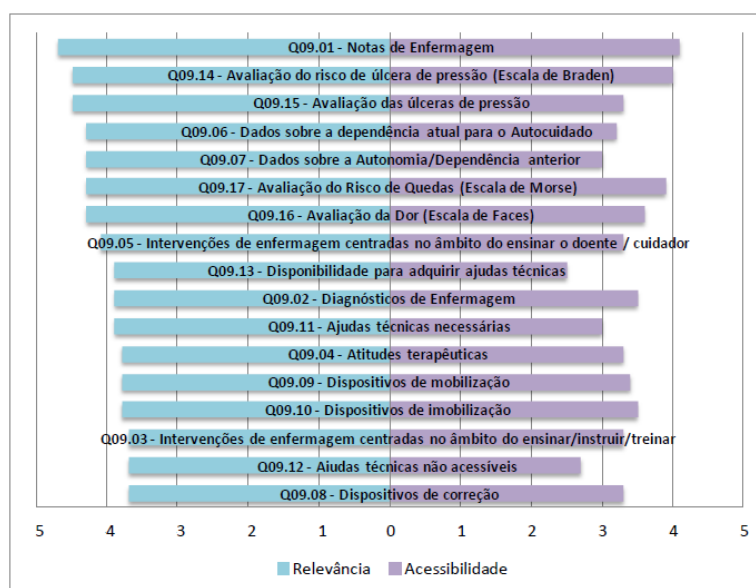


Gráfico 2: Comparação das médias dos itens da dimensão: Avaliação de Enfermagem.

INFORMAÇÃO RELATIVA ÀS CONDIÇÕES HABITACIONAIS DO UTENTE

Esta dimensão reúne os itens relativos à existência de barreiras arquitetónicas e às condições de luminosidade, arejamento e limpeza da habitação onde o utente vive.

Quadro 11: Estatística descritiva da dimensão "Informação relativa às Condições Habitacionais do utente".

Questão	Relevância					Acessibilidade				
	Fa _{4,5}	Moda	Mediana	DP	\bar{x}	\bar{x}	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}
Q07.01	95,50%	5	5	0,58	4,5	2,1	0,99	2	1	8,90%
Q07.02	79,90%	4	4	0,74	4,2	2,1	0,95	2	1	8,90%
Global	87,70%	5	4	0,60	4,3	2,1	0,96	2	1	8,90%

Observando os resultados apresentados no Quadro 11, podemos concluir que a embora a média (4,3) e a Fa_{4,5} de 87,7% sejam condizentes com os critérios selecionados, novamente a mediana (4) faz com que esta dimensão não seja considerada como muito relevante. Em relação aos itens que integram-na, podemos verificar que apenas o item referente a existência de barreiras arquitetónicas é considerado muito relevante, embora ambos tenham média e frequência acumulada dentro dos critérios selecionados. No que diz respeito à acessibilidade mantém-se a dispersão moderada (DP≥0,96) com médias inferiores a 2,5, medianas de 2 e moda de 1 para ambos os itens.

O Gráfico 3 permite-nos visualizar a análise comparativa dos scores médios dos itens desta dimensão em relação à relevância e acessibilidade dos dados/informação.

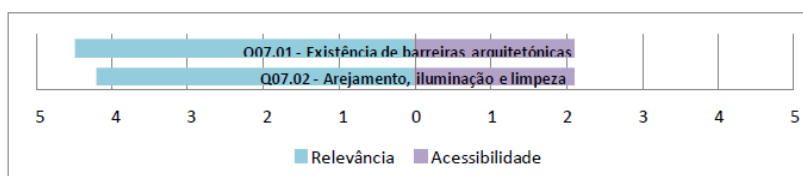


Gráfico 3: Comparação das médias dos itens da dimensão: Condições habitacionais do utente.

INFORMAÇÃO PRODUZIDA POR OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Esta dimensão é constituída por sete itens, referente a toda a informação produzida pelos médicos e consumida pelos enfermeiros, independentemente do módulo onde é registada no SIRNCCI. Apresenta uma média de 4,5 e Fa_{4,5} de 90,0%, globalmente pode ser considerada como “muito relevante”, apresentando uma dispersão leve (DP=0,39). Em termos de acessibilidade, apresenta um desvio-padrão de 0,62, uma média de 2,4, com mediana e moda de 2 e um valor de Fa_{4,5} de 19,5%, o que não permite classificar esta dimensão como “muito acessível”.

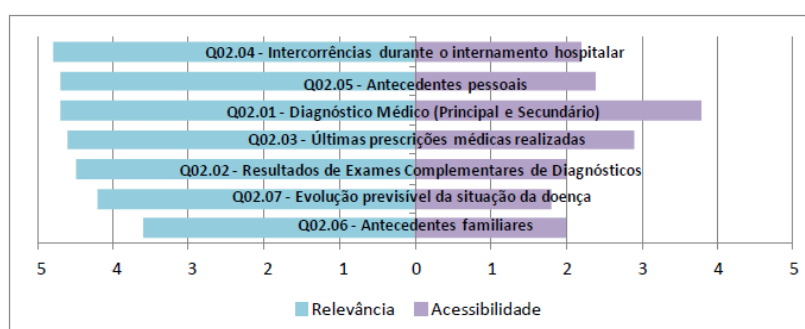
Quadro 12: Estatística descritiva da dimensão "Informação produzida por outros profissionais da saúde".

Questão	Relevância					Acessibilidade				
	Fa _{4,5}	Moda	Mediana	DP	\bar{x}	\bar{x}	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}
Q02.01	96,70%	5	5	0,51	4,7	3,8	1,06	4	4	65,60%
Q02.02	95,60%	5	5	0,58	4,5	2,0	0,97	2	1	8,90%
Q02.03	96,70%	5	5	0,56	4,6	2,9	1,17	3	3	31,10%
Q02.04	100,00%	5	5	0,43	4,8	2,2	0,96	2	2	8,90%
Q02.05	96,70%	5	5	0,54	4,7	2,4	0,91	2	2	8,90%
Q02.06	57,70%	4	4	0,84	3,6	2,0	0,96	2	2	8,90%
Q02.07	86,60%	4	4	0,66	4,2	1,8	0,82	2	2	4,40%
Global	90,00%	5	5	0,39	4,5	2,4	0,62	2	2	19,53%

Em relação à relevância, a generalidade dos itens alcança $Fa_{4,5} \geq 75,0\%$, excetuando-se o item Q02.6 - Antecedentes familiares, que apresenta somente $Fa_{4,5}$ de 57,7%. Observa-se ainda que embora a dispersão global seja considerada baixa ($DP=0,39$), existe entre os itens que compõem esta dimensão uma dispersão moderada (desvios-padrão entre 0,51 e 0,84).

Relativamente à acessibilidade, nenhum dos itens reúne critérios de inclusão como “muito” ou “pouco acessível”, apresentando todos eles médias inferiores a quatro. Mais uma vez se nota uma elevada dispersão, que varia entre 0,82 e 1,17. Em termos de frequência acumulada, nenhum dos itens ultrapassa os 65,6%, caracterizando-se por obter na maioria dos itens frequências acumuladas baixas, sendo a mínima de apenas 4,4%.

O Gráfico 4 permite-nos visualizar a análise comparativa dos scores médios dos itens desta dimensão em relação à relevância e acessibilidade dos dados/informação.

**Gráfico 4:** Comparação das médias dos itens da dimensão: Informação produzida por outros profissionais de saúde.

INFORMAÇÃO INTEGRADA NOS SIE EM USO

INFORMAÇÃO RELATIVA À VIGILÂNCIA E MONITORIZAÇÃO

Esta dimensão reúne itens acerca dos dados de atividades diagnósticas e de evolução acerca das vigilâncias e monitorização do primeiro momento. Em termos globais, a dimensão sobre a “Informação relativa à vigilância e monitorização” na sua totalidade pode ser considerada como “muito relevante” (Quadro 13), apresentando um score médio global de 4,7, uma mediana e uma moda de 5. Apresenta ainda uma dispersão baixa (DP=0,36) e um valor de $Fa_{4,5}$ de 98,8%, valor considerado alto em comparação com as demais dimensões.

No que se refere à acessibilidade, a dimensão não reúne critérios de inclusão como “muito acessível”, apresentando um score médio global de 3,5, uma mediana e moda de 4, com uma dispersão moderada (DP=0,78) e um valor de $Fa_{4,5}$ de 60,9%.

Quadro 13: Estatística descritiva da dimensão “Informação relativa à Vigilância/Monitorização”.

Questão	Relevância					Acessibilidade				
	$Fa_{4,5}$	Moda	Mediana	DP	\bar{x}	\bar{x}	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$
Q03.01	97,70%	5	5	0,50	4,7	3,3	1,12	3	4	50,60%
Q03.02	100,00%	5	5	0,36	4,8	3,5	1,04	4	4	53,40%
Q03.03	98,90%	5	5	0,52	4,6	4,0	0,94	4	4	78,80%
Global	98,80%	5	5	0,36	4,7	3,5	0,78	4	4	60,93%

O Gráfico 5 permite-nos visualizar a análise comparativa dos scores médios dos itens desta dimensão em relação à relevância e acessibilidade dos dados/informação.

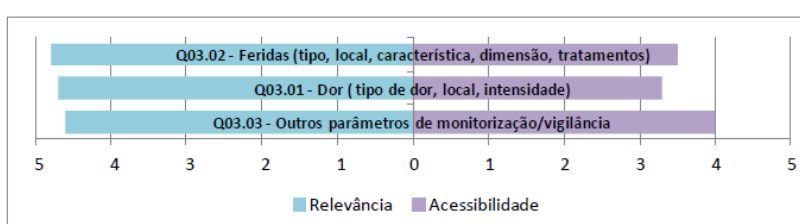


Gráfico 5: Comparação das médias dos itens da dimensão: Vigilância e Monitorização.

INFORMAÇÃO PRODUZIDA PELOS ENFERMEIROS

Esta dimensão reúne itens de informação relativos ao processo de enfermagem e que se encontram associados tanto no GestCare® CCI quanto no SAPE. Em termos globais (Quadro 14), a dimensão pode ser considerada como “muito relevante”, pois reúne todos os requisitos (Média=4,5; Mediana e Moda=5 e $Fa_{4,5}$ de

94,1%). Apresentando uma dispersão baixa ($DP=0,38$). Relativamente à acessibilidade apresenta um score médio global de 2,9 com mediana e moda de 3 e um valor de $Fa_{4,5}$ de 35,08%, apresentando uma dispersão moderada ($DP=0,79$).

Quadro 14: Estatística descritiva da dimensão "Informação produzida pelos enfermeiros".

Questão	Relevância					Acessibilidade				
	$Fa_{4,5}$	Moda	Mediana	DP	\bar{x}	\bar{x}	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$
Q04.01	95,60%	5	5	0,56	4,7	3,1	1,05	3	3	34,40%
Q04.02	100,00%	5	5	0,42	4,8	3,8	0,95	4	4	72,50%
Q04.03	100,00%	5	5	0,41	4,8	3,8	0,97	4	4	69,90%
Q04.04	95,60%	5	5	0,66	4,6	2,2	1,15	2	1	16,60%
Q04.05	97,80%	5	5	0,48	4,7	2,1	1,19	2	1	13,40%
Q04.06	82,30%	4	4	0,80	4,2	2,9	1,10	3	3	24,40%
Q04.07	79,00%	4	4	0,78	4,1	3,0	1,06	3	3	25,60%
Q04.08	98,90%	5	5	0,51	4,6	3,2	1,09	3	3	40,00%
Q04.09	97,80%	5	5	0,57	4,6	2,4	1,19	2	2	18,90%
Global	94,11%	5	5	0,38	4,5	2,9	0,79	3	3	35,08%

Em relação à relevância, apenas dois dos 9 itens (Q04.06-Histórico dos Diagnósticos de enfermagem e Q04.07-Histórico das Intervenções de enfermagem") não podem ser considerados "muito relevantes", apesar de reunirem dois dos critérios de inclusão.

Já no que diz respeito à acessibilidade, nenhum dos itens podem ser considerados como " muito acessíveis" ou pouco acessíveis, apesar do itens (Q04.04-Critérios de Resultado e Q04.05 - Resultados obtidos com as Intervenções de enfermagem) apresentarem médias baixas, 2,2 e 2,1 respectivamente.

O Gráfico 6 permite-nos visualizar a análise comparativa dos scores médios dos itens desta dimensão em relação à relevância e acessibilidade dos dados/informação.

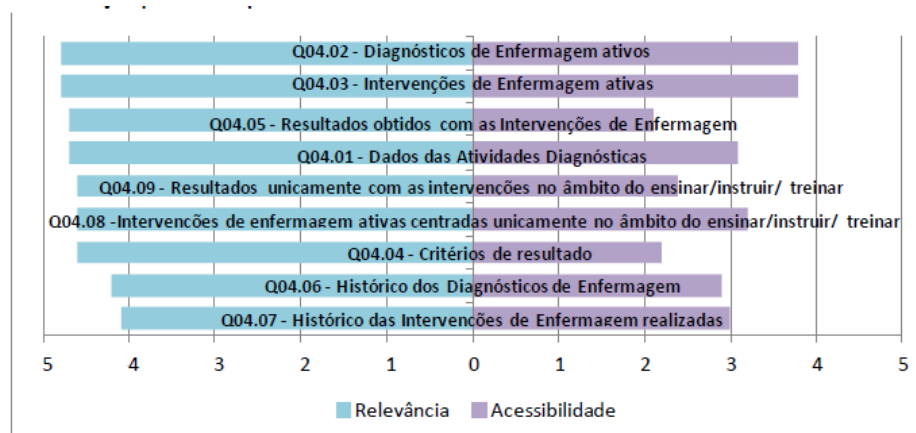


Gráfico 6: Comparação das médias dos itens da dimensão: Informação produzida pelos enfermeiros.

INFORMAÇÃO RELATIVA AO PRESTADOR DE CUIDADOS DO UTENTE

Esta dimensão reúne os itens de informação que identificam e caracterizam o(s) prestador(es) de cuidados do utente. Em termos globais, a dimensão “Prestadores de Cuidados do Utente” é considerada “muito relevante” (Quadro 15), apresentando um score médio global de 4,7, uma mediana e uma moda de 5. Apresenta ainda uma dispersão baixa ($DP=0,39$) e um alto valor de $Fa_{4,5}$ de 98,3%.

No que se refere à acessibilidade, esta dimensão não reúne critérios de inclusão como “muito acessível”, apresentando um score médio global baixo de 2,5, uma mediana de 2 e moda de 3, com uma dispersão moderada ($DP=0,74$) e valor de $Fa_{4,5}$ de 28,0%.

Quadro 15: Estatística descritiva da dimensão “Informação relativa ao(s) Prestador(es) de Cuidados do utente”.

Questão	Relevância					Acessibilidade				
	$Fa_{4,5}$	Moda	Mediana	DP	\bar{x}	\bar{x}	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$
Q05.01	100,00%	5	5	0,39	4,8	3,4	0,96	3	3	44,50%
Q05.02	97,80%	5	5	0,50	4,7	2,4	1,01	2	2	14,20%
Q05.03	97,70%	5	5	0,49	4,7	2,4	1,05	2	2	15,50%
Q05.04	97,70%	5	5	0,49	4,7	2,1	0,90	2	2	7,80%
Global	98,30%	5	5	0,39	4,7	2,5	0,74	2	3	28,00%

Ao observarmos o Quadro 15 verificamos que em relação à relevância todas as medidas de tendência central apresentam valores muito elevados (todas as médias com valores \geq a 4,7 e todas as medianas e modas com valor 5, sem exceção). Em relação ao grau de concordância dos respondentes, verificamos que quase a totalidade classificou cada um dos itens com scores 4 ou 5 ($Fa_{4,5} \geq 97,70\%$). Em relação à dispersão, podemos notar que, todos os itens apresentam desvios-padrão iguais ou inferiores a 0,50, o que representa uma dispersão moderada.

No que se refere à acessibilidade, nenhum dos itens apresenta critério para classificar-se como “muito acessível”, apresentando dispersões elevadas de 0,90 a 1,05 e frequências acumuladas baixas para os scores 4 e 5 ($Fa_{4,5} \leq 15,5\%$) excepto a Q05.01-Identificação e Contacto do(s) Prestador(es) de Cuidado.

O Gráfico 7 permite-nos verificar visualizar a análise comparativa dos scores médios dos itens desta dimensão em relação à relevância e acessibilidade dos dados/informação.

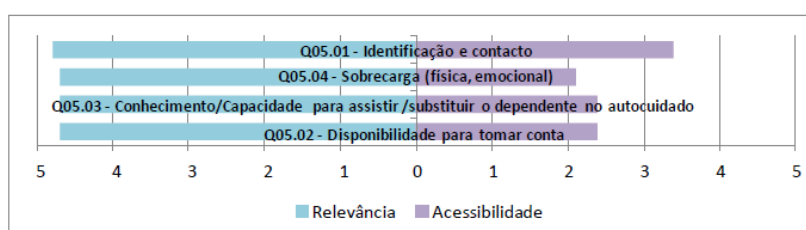


Gráfico 7: Comparação das médias dos itens da dimensão: Prestador (es) de Cuidados do Utente.

INFORMAÇÃO RELATIVA A REDE DE SUPORTE/FAMÍLIA DO UTENTE

Os itens que integram esta dimensão, identificam e caracterizam a rede de suporte do utente. Em termos globais, a dimensão “Rede de suporte do utente” não é considerada “muito relevante” (Quadro 16), apresentando um score médio global de 4,2, uma mediana e uma moda de 4. Apresenta ainda uma dispersão moderada ($DP=0,52$) e um valor de $Fa_{4,5}$ de 85,4%.

No que se refere à acessibilidade, a dimensão também não reúne critérios de inclusão como “muito acessível” ou “pouco acessível”, embora apresente uma média baixa, apresentando um score médio global de 2,0, uma mediana e moda de 2, uma dispersão moderada ($DP=0,67$) e um valor de $Fa_{4,5}$ de 10,00% considerado muito baixo.

Quadro 16: Estatística descritiva da dimensão “Informação relativa à Rede de Suporte/Família do utente”.

Questão	Relevância					Acessibilidade				
	$Fa_{4,5}$	Moda	Mediana	DP	\bar{x}	\bar{x}	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$
Q06.01	93,30%	4	4	0,59	4,3	2,8	1,03	3	3	24,50%
Q06.02	90,00%	4	4	0,68	4,3	2,4	1,10	2	2	16,60%
Q06.03	82,30%	4	4	0,76	4,2	1,9	0,97	2	1	6,70%
Q06.04	93,40%	5	5	0,62	4,5	2,1	0,98	2	2	11,10%
Q06.05	95,50%	5	5	0,58	4,5	2,0	0,93	2	2	7,80%
Q06.06	74,40%	4	4	0,80	3,9	1,5	0,72	1	1	2,20%
Q06.07	68,90%	4	4	0,79	3,8	1,5	0,65	1	1	1,10%
Global	85,40%	4	4	0,52	4,2	2,0	0,67	2	2	10,00%

A análise do Quadro 16 permite-nos verificar que de uma maneira geral, apesar de cinco itens apresentarem médias iguais ou superiores a quatro, na sua totalidade não reúne critérios para ser classificado como “muito relevante”. Em relação à acessibilidade, com exceção dos itens Q06.06 (“Genograma do utente”) e Q06.07 (“Ecomapa do utente”) que reúnem todos os critérios para serem classificados como “pouco acessível” ($Fa_{1,2}$ de 91,1% e $Fa_{1,2}$ de 93,2% respetivamente), todos os restantes itens carecem de critérios para serem classificados como “muito acessível” ou “pouco/nada acessível”.

O Gráfico 8 permite-nos visualizar a análise comparativa dos scores médios dos itens desta dimensão em relação à relevância e acessibilidade dos dados/informação.

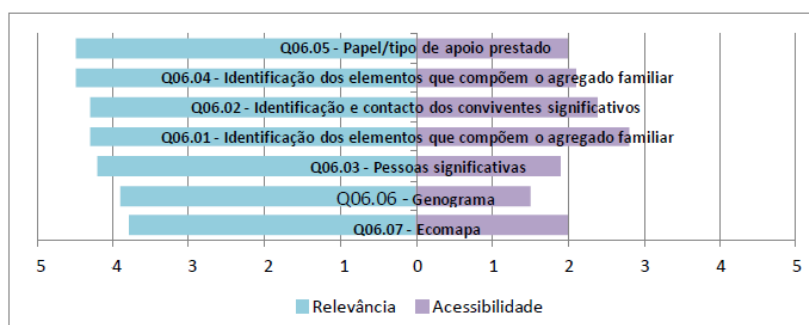


Gráfico 8: Comparação das médias dos itens da dimensão: Rede de suporte/família do utente.

Em síntese, depois de apresentados os resultados de cada dimensão que integram o questionário, relativos à relevância dos dados/informação documentada no SI em uso nas ECCI, para efeitos de continuidade dos cuidados, tendo por base o score médio global de relevância e acessibilidade, o Quadro 17, apresenta uma síntese da avaliação global das respetivas dimensões.

Quadro 17: Estatística descritiva global das dimensões.

Dimensão dos dados/Informação	Relevância					Acessibilidade				
	Fa _{4,5}	Mod	Med	DP	\bar{x}	\bar{x}	DP	Med	Mod	Fa _{4,5}
Informação produzida por outros profissionais da saúde	90,0%	5	5	0,39	4,5	2,4	0,62	2	2	19,53%
Vigilância/Monitorização	98,80%	5	5	0,36	4,7	3,5	0,78	3	4	60,93%
Informação produzida pelos Enfermeiros	94,11%	5	5	0,38	4,5	2,9	0,79	3	3	35,08%
Prestador de cuidados	98,30%	5	5	0,39	4,7	2,5	0,74	2	3	28,00%
Rede de Suporte/Família	85,40%	4	4	0,52	4,2	2,0	0,67	2	2	10,00%
Condições Habitacionais (Gest-Care)	87,70%	5	4	0,60	4,3	2,1	0,96	2	1	8,90%
Instrumento de Avaliação Individual - IAI(GestCare)	89,20%	4	4	0,54	4,3	3,3	0,74	3	2	45,50%
Avaliação de Enfermagem (Gest-Care)	73,50%	5	4	0,78	4,0	3,3	0,75	3	3	44,30%

A análise do Quadro 17 permite-nos verificar que, numa avaliação por dimensões, as que reúnem todos os requisitos para serem consideradas "muito relevantes" são (por ordem decrescente):

1. Vigilância/Monitorização
2. Prestador(es) de cuidados do utente
3. Informação produzida pelo enfermeiro
4. Informação produzida por outros profissionais da saúde (GestCare)

Já em relação à acessibilidade dos dados/informação por dimensão, o Quadro 17 permite-nos verificar que nenhuma dimensão reúne todos os requisitos para ser considerada "muito acessível".

O Gráfico 9 permite-nos proceder à análise comparativa da relevância/acessibilidade dos dados/informação dos scores médios globais das dimensões.

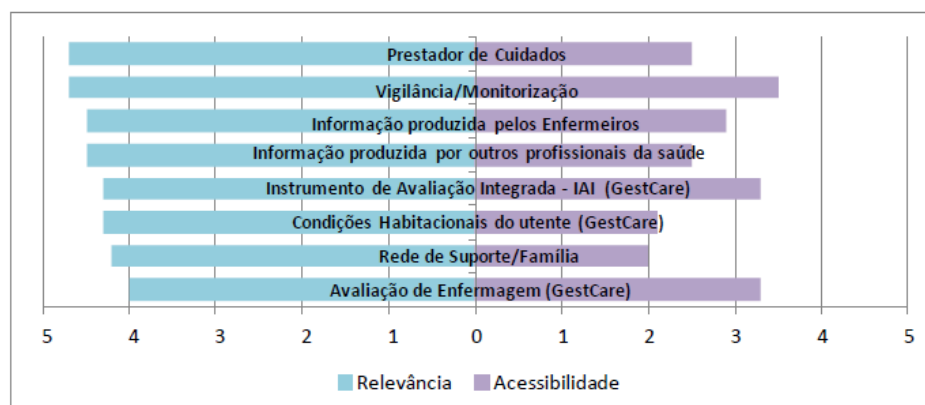


Gráfico 9: Comparação dos valores médios globais das dimensões dos dados/informação.

Como se pode verificar todas as dimensões apresentam média igual ou superior a quatro, relativamente à relevância. No entanto, no âmbito da acessibilidade, nenhuma apresenta estes valores.

3.2.3 Análise da relação entre a opinião dos enfermeiros sobre o nível de relevância e acessibilidade das dimensões de informação e as variáveis em estudo (sexo, categoria profissional do enfermeiro, idade, tempo de exercício profissional e tempo exercício profissional na ECCI)

Recorremos ao teste de U-Mann-Whitney (U) para o estudo da comparação de médias entre a opinião dos enfermeiros sobre o nível de relevância e acessibilidade das dimensões dos dados/informação documentada nos SI em uso (GestCare® CCI e SAPE) para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem e as variáveis: sexo e categoria profissional do enfermeiro, que nos permitiu constatar a existência unicamente de diferenças com significativo para a seguinte variável:

- Os enfermeiros especialistas consideram os dados/informação relativos à dimensão “Informação Produzida pelos Enfermeiros” mais acessíveis ($p=0,047$; $n=52$) e em contrapartida os mesmos profissionais atribuem maior relevância aos dados/informação presentes na dimensão “Avaliação de Enfermagem - GestCare CCI” ($p=0,041$; $n=52$).

No estudo das medidas de associação entre as variáveis de atributo dos enfermeiros (idade, tempo de exercício profissional e tempo exercício profissional na ECCI) e a opinião dos enfermeiros sobre o nível de

relevância e acessibilidade das dimensões dos dados/informação para efeitos de continuidade dos cuidados, utilizamos a correlação de postos de Spearman (r_s), que nos permitiu constatar a existência unicamente de correlações com significado estatístico para as seguintes variáveis:

- Observa-se uma correlação positiva fraca entre o tempo de exercício profissional na ECCI e o nível de relevância atribuído à dimensão "Informação produzida pelos Enfermeiros" ($p=0,049$), ou seja, os enfermeiros que exercem a sua atividade profissional há mais tempo na ECCI tendem a atribuir níveis mais elevados de relevância à informação associada a sua dimensão autónoma do exercício profissional; Observa-se também uma correlação positiva fraca entre o tempo de exercício profissional na ECCI e os níveis de acesso atribuídos às dimensões do "Prestador de Cuidados" ($p=0,035$) e de "Vigilância e Monitorização" ($p=0,001$).
- Já em relação a idade, observa-se uma correlação positiva fraca com o nível de relevância atribuído à dimensão "Avaliação de Enfermagem - GestCare CCI" apresentando $p=0,027$.

Capítulo 4

Discussão

Neste capítulo é apresentada a discussão dos resultados obtidos, realçando os mais pertinentes que possibilitem dar resposta às questões de investigação. Num primeiro momento, analisam-se os resultados obtidos com cada dimensão considerada relevante, em seguida o nível de acessibilidade destas dimensões e, posteriormente, efetua-se uma discussão global acerca da disponibilidade da informação percebida pelos enfermeiros de cada SIE utilizado nas ECCI.

Importa realçar que, de acordo com Fortin (2009), os resultados discutidos não são irrevogáveis, mas preparam o caminho para estudos de níveis mais avançados.

Em relação às dimensões de dados/informações consideradas relevantes pelos enfermeiros, a dimensão que aparece em primeiro lugar com 98,80% de concordância é a Vigilância/Monitorização, apresentando uma média de 4,7. Nesta dimensão estão incluídos os itens que resultam das atividades de vigilância das Feridas, da Dor e de outros parâmetros fisiológicos dos clientes, como os sinais vitais, o controlo metabólico, entre outros.

O alto nível de relevância atribuído para esta dimensão pode estar relacionado com o facto dos enfermeiros considerarem que estes dados/informação podem servir como importantes “alertas” sobre o estado de saúde do utente em questão, de forma a orientar seus processos de juízo diagnóstico. O enfermeiro pode visualizar os aspectos que considera importantes na situação particular daquele cliente, servindo assim, para a clarificação da situação da condição de saúde do utente (quais focos de atenção) que exigem cuidados de enfermagem. Podemos dizer que esta dimensão também assume importância para os enfermeiros das ECCI, na medida em que, serve como orientação para a identificação de resultados, tendo em consideração o acompanhamento da evolução e a comparação dos dados. O valor atribuído aos parâmetros incluídos nesta dimensão, de acordo com o que emergiu no estudo, também radica na utilidade percebida pelos enfermeiros

dos mesmos, nomeadamente: na detecção precoce de complicações intercorrentes, principalmente no que se refere aos itens de informação acerca das Feridas (média de 4,8 e $Fa_{4,5}$ de 100%), particularmente importantes neste cenário para determinar a eficácia do tratamento.

Este resultado está em consonância com o recente estudo de Sepúlveda (2013) sobre a relevância da informação de referenciação para as ECCI, no qual o item - Feridas apresentou um valor de $Fa_{4,5}$ de 88,90%, o que pode nos indicar que os dados associados às Feridas se mantêm como item de informação relevante para efeitos de continuidade do cuidado nas ECCI.

Este resultado é sobreponível a estudos anteriores, que afirmam que focos de atenção no âmbito das Funções (ICN, 2010), como por exemplo, Úlceras de Pressão ou a Dor, continuam a constituir o principal domínio dos focos de atenção da CIPE® utilizados na formulação dos diagnósticos de enfermagem (Silva, 2006; Sousa, 2005; Azevedo, 2010). Provavelmente, estes resultados podem ser explicados pelo peso que, tradicionalmente, o controlo de sinais e sintomas foram tendo no exercício dos enfermeiros e nos seus percursos formativos (Pereira, 2007).

A segunda dimensão que surge como muito relevante para os enfermeiros participantes (Prestador de Cuidados – $Fa_{4,5}$ de 98,30%), está relacionada com o próprio ambiente de cuidado do utente nas ECCI (domicílio) e a frequência com que são realizadas as visitas domiciliares pelos enfermeiros. Importa realçar que além de ser uma informação considerada relevante no momento da referenciação, de acordo com o estudo de Sepúlveda (2013), esta dimensão se mantém como relevante ao longo da prestação de cuidados nas ECCI.

Se observarmos que a maioria dos utentes admitidos nas ECCI são dependentes em pelo menos um autocuidado¹ (UMCCI, 2012a), estes irão depender de um cuidador informal, que assumirá primordialmente a responsabilidade de promover ações de suporte e assistência com as atividades de autocuidado que o utente ainda é incapaz. Desta forma, a informação relevante para efeitos de continuidade nos cuidados nas ECCI, na opinião dos enfermeiros participantes, deve ser perspetivada na lógica da relação estreita entre o enfermeiro e o “prestador de cuidados”, fundamentalmente em relação ao membro dependente da família.

Segundo os enfermeiros participantes, o prestador de cuidados é o principal agente no sistema de apoio informal na assistência ao utente dependente, sendo um dos requisitos para a admissão do utente nas ECCI possuir um prestador de cuidados (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006a). Desta forma, torna-se importante a informação que o identifique e o caracterize a fim de que o enfermeiro em posse desta informação trace os seus planos de cuidados e coordene as intervenções de enfermagem juntamente com o prestador de cuidados. Assim, os enfermeiros consideraram relevante englobar itens de informação que identifiquem aspectos globais de caracterização do prestador de cuidados, tais como, a identificação dos prestadores de cuidados – informais ($Fa_{4,5}$ de 100%), a sua disponibilidade para tomar conta ($Fa_{4,5}$ de 97,8%), o seu conhecimento/capacidade para assistir/substituir no autocuidado do dependente ($Fa_{4,5}$ de 97,7%) e a sobrecarga física e emocional ($Fa_{4,5}$ de 97,7%).

¹ Autocuidado: Atividade realizada pelo próprio; Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária (ICN, 2010 :41)

Relativamente à disponibilidade para Tomar Conta² (Fa_{4,5} de 97,8%), este item surge como relevante devido ao desafio que se coloca na inclusão do membro da família que desempenha o Papel de prestador de cuidados, enquanto cliente e parceiro na produção de cuidados ao utente dependente. Segundo os enfermeiros participantes do primeiro momento, é necessário saber quanto tempo o cuidador tem disponível para Tomar conta do utente, pois quanto melhor for à preparação dele para o exercício das actividades de Tomar conta, menores serão, por exemplo, as taxas de (re) internamento nos hospitais, por motivos associados por exemplo às complicações de úlceras de pressão ou queda, aspectos particularmente relevantes no contexto das Equipas de Cuidados Continuados Integrados.

Os participantes do estudo de Rotondi e colaboradores (2007) relatam uma insuficiente preparação dos cuidadores em ambiente hospitalar com vista a uma adequada continuidade de cuidados no contexto domiciliário. Para uma satisfação adequada das suas necessidades a rede formal de apoio domiciliária, (representada aqui pela ECCL), deve estar atenta e ser responsável pela identificação dessas necessidades ao longo do tempo, possibilitando desta forma uma maior acessibilidade ao serviço de saúde quando os cuidadores necessitam de recorrer (Levine et al., 2006).

Em relação ao conhecimento³/capacidade⁴ para assistir/substituir no autocuidado do dependente (Fa_{4,5} de 97,7%), este sendo de extrema relevância na preparação do utente no regresso a casa, como confirmado pelo estudo recente de Sepúlveda (2013), continua sendo um item de informação muito relevante, mesmo porque o “autocuidado” está comprometido no momento da alta, como referido anteriormente, refletido na maioria das admissões nas ECCL, torna-se importante que o cuidador adquira conhecimento do estado de saúde do utente, bem como mestria para lidar com as alterações impostas pela incapacidade. O conhecimento transmitido pela educação para a saúde apresenta um papel central para as equipas de cuidados continuados integrados, dado que as visitas de enfermagem são feitas regularmente, quer o utente, quer o prestador de cuidados devem ter a capacidade de dar resposta às necessidades que surgem em termos de cuidados de saúde na ausência do enfermeiro (Andrade, 2009).

Os estudos de Driscoll (2000), Henderson e Zernike (2001), Bowles e colaboradores (2002), Turner e colaboradores (2007) e Petronilho (2007) sobre esta temática confirmam a deficiente preparação dos doentes e cuidadores durante o internamento hospitalar e reforçam a ideia da necessidade de um planeamento de cuidados adequado no regresso a casa, envolvendo de forma ativa os cuidadores. Diminuindo desta forma, as complicações que possam surgir neste período considerado muito crítico e com enormes desafios para quem cuida e para quem é cuidado.

O item Sobrecarga física e emocional do prestador de cuidados (Fa_{4,5} de 97,7%) reporta a importância dada pelos enfermeiros no segundo momento para a identificação do desgaste da saúde física e psicológica do prestador de cuidados, ou o seu risco. A sobrecarga do cuidador é definida como “os problemas físicos,

²Tomar Conta: Atender; Providenciar cuidados quando necessário (ICN, 2010 :78).

³Conhecimento: Status; conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento da informação (ICN, 2010 :45)

⁴Capacidade: Status (ICN, 2010 : 42)

psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros experimentados pelos cuidadores que cuidam de idosos dependentes” (George e Gwyther, 1986 cit. em Lage, 2007: 210). Através do contacto progressivo com o prestador de cuidados, verificando sua disponibilidade para tomar conta do utente dependente e quais as suas necessidades, o enfermeiro vai ocupando uma posição estratégica, onde em posse da informação acerca da sobrecarga física e emocional, pode oferecer suporte profissional ao cuidador e mobilizar os recursos necessários, durante o período de sobrecarga, pois quanto maior a incapacidade do utente na realização das atividades do autocuidado, maior é a sobrecarga do cuidador. A rede formal de apoio tem a responsabilidade de mobilizar esforços para melhor compreenderem a natureza do problema que causa a sobrecarga no cuidador e trabalharem no sentido de criar um sistema de apoio que beneficie estas pessoas, melhorando assim a sua qualidade de vida (Imagário, 2004; Lage, 2007; Petronilho, 2007).

De acordo com Rittman e colaboradores (2004), o membro da família que vivência o papel de prestador de cuidados de uma pessoa dependente no autocuidado fica vulnerável, pela diversidade e complexidade de cuidados que tem de assumir e pelas mudanças que esta situação pode desencadear nos seus próprios processos de vida, necessitando de ajuda para planear e restabelecer as rotinas e reduzir sua sobrecarga durante o período de transição (Meleis et al., 2000; Kim, Duberstein, Sörensen, 2005).

Além destas duas dimensões supracitadas, os enfermeiros elencaram ainda a dimensão acerca da informação Produzida pelos Enfermeiros e a informação Produzida por Outros Profissionais de Saúde como relevantes, indo ao encontro da afirmação de Silva (1995: 24) ao referir que “o papel do enfermeiro comporta três dimensões funcionais: cumprimento das prescrições médicas, vigilância e processo de enfermagem”.

Relativamente à dimensão de Informação de Produção de Enfermagem, os enfermeiros elencaram o processo de enfermagem como muito relevante, alcançando a média de 4,5 e $Fa_{4,5}$ de 94,11%, o que seria de se esperar e que veio a se confirmar. Independentemente das escolas de pensamento em que cada um dos diferentes teóricos de enfermagem se filia, todos, de uma forma ou outra, abordam os processos de avaliação, diagnóstico e intervenção de enfermagem, sem negligenciar a dinâmica de definição e avaliação dos resultados obtidos (Pereira, 2007). É assim que o processo de enfermagem adquire relevância para os enfermeiros, à medida que é “um conceito central do domínio da enfermagem” (Meleis, 2005: 113) e um “método eficiente de organizar os processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e resolução de problemas ao planear e prestar cuidados...” (Doenges & Moorhouse, 1992: 07). Em parte também, este resultado pode estar relacionado com a inclusão da CIPE® no SAPE, que para além de representar um passo importante na formalização do conhecimento próprio do enfermeiro utilizado nas práticas, concorre para a necessária partilha de códigos e significados essenciais na geração de sínteses informativas capazes de promover a gestão da informação (Pereira, 2007).

É de realçar aqui nesta dimensão que, dada a relevância que o desenvolvimento de competências cognitivas e instrumentais face aos focos de atenção “Aprendizagem de Capacidades e Autocuidado” assumem para os enfermeiros, as intervenções do tipo “Informar” (ex.: Ensinar, Instruir, Treinar), receberam também neste estudo valores altos para a relevância (média de 4,6 e $Fa_{4,5}$ de 98,90%), condizente com os resultados

apresentados no primeiro momento. No questionário, nesta dimensão incluímos também as intervenções específicas para o "Informar", dada a relevância declarada no primeiro momento destas intervenções específicas, não obtendo significado estatístico em relação às intervenções de enfermagem globais (média de 4,8 e $Fa_{4,5}$ de 100%), pois ambas foram consideradas relevantes com pontuações altas.

Verifica-se também que os resultados - modificações positivas que se verificam no estado de saúde dos clientes (Donabedian, 2003: 46) assumem particular importância no âmbito dos cuidados continuados integrados, adquirindo scores elevados para a relevância, muito por força da natureza dos propósitos da própria RNCCI, que é aumentar o nível de autonomia de pessoas que se encontrem em situação de dependência (UMCCI, 2011).

No que se refere à Informação produzida por outros profissionais de saúde, os enfermeiros apresentam níveis de concordância altos para a relevância, incluindo esta dimensão nas mais relevantes, com média de 4,5 e $Fa_{4,5}$ de 90,00%. Esta dimensão compreende os dados acerca das intercorrências durante o internamento hospitalar, os antecedentes pessoais (patológicos, cirurgias realizadas, internamentos), diagnósticos médicos, últimas prescrições realizadas e resultados de exames complementares de diagnóstico. Todos estes itens receberam valores que os incluem como itens de informação relevantes, com exceção para os "antecedentes familiares ($Fa_{4,5}$ de 57,70%)” que não atingiu os critérios de concordância para relevância, estando este resultado em consonância com o estudo de Sousa (2006).

Como no estudo de Pereira (2001) onde os enfermeiros consideram a informação médica, especialmente os diagnósticos e os exames complementares como “pré-encounter” (Carnevali & Thomas, 1993: 47 cit. em Pereira, 2001), os enfermeiros participantes do primeiro momento referem que os itens correspondentes a esta dimensão são relevantes na medida em que servem para “situar” o enfermeiro na grande área problemática em que se insere a situação clínica do utente, permitindo o enfermeiro focalizar uma área específica da assistência, para além de orientar o processo de recolha e interpretação da informação e de identificação das principais e mais frequentes situações de saúde que exigem cuidados (Carnevali & Thomas, 1993). Segundo os enfermeiros participantes do primeiro momento, estes itens de informação, nomeadamente os resultados de exames complementares de diagnóstico, quando associados à informação do diagnóstico médico, servem para direccioná-los em suas intervenções, principalmente na área de reabilitação funcional e motora, para exercícios, técnicas e treinos.

No estudo de Sepúlveda (2013) as informações de produção médica relacionadas aos itens de informação (diagnóstico médico, intercorrências e atitudes terapêuticas) em comum com o presente estudo, também foram consideradas muito relevantes, o que pode nos indicar que além da informação de referenciação médica do utente, para os enfermeiros das ECCI, é relevante que no decorrer da assistência, exista informação atualizada sobre o estado de saúde do utente, traduzido nos resultados de exames diagnósticos, medicações, entre outros, para subsidiar o enfermeiro na detecção de problemas, no sentido de poderem interferir na avaliação de enfermagem deste utente mais agilmente e, por conseguinte, nas suas intervenções.

Há ainda itens de informação que, apesar de sua dimensão não ser considerada relevante, obtiveram

isoladamente valores altos, sendo atribuídos relevância, estes são apresentados a seguir:

Em relação às condições habitacionais, o item referente à existência de barreiras arquitetônicas é considerado muito relevante, com $Fa_{4,5}$ de 95,50%. Isto pode estar relacionado ao facto de que o ambiente em que ocorre a prestação de cuidados é o domicílio do utente dependente, e é comum naquele contexto, intervenções do tipo “cama a ser recolocada”, principalmente quando o quarto de dormir é num piso que implica a utilização de escadas, ou a necessidade de uma cama articulada, ou de outros auxiliares técnicos.

Relativamente à Rede de Suporte/Família do Utente, apenas dois itens são considerados relevantes para os enfermeiros participantes, o item Papel/tipo de apoio prestado (média de 4,5 e $Fa_{4,5}$ de 95,50%) e o item sobre a Identificação dos que compõem o agregado familiar (média de 4,5 e $Fa_{4,5}$ de 93,40%). Para os enfermeiros participantes do primeiro momento, a identificação da “estrutura familiar” aqui traduzida pelos agregados familiares, serve para que o enfermeiro possa obter um panorama geral da situação onde o utente e seu cuidador informal estão inseridos, quais são as fragilidades e potencialidades daquele contexto e quais as necessidades/intervenções para aquela família; identificando o papel que cada familiar desempenha, o enfermeiro pode focalizar suas intervenções.

No que se refere à Avaliação de Enfermagem (GestCare®CCI), esta dimensão não foi considerada globalmente relevante, sendo considerado relevante apenas alguns itens, os quais compreendem as atividades de avaliação diagnóstica (avaliação do risco de úlcera de pressão (Braden), avaliação das úlceras de pressão, avaliação da dor e avaliação do risco de quedas), e as Notas de enfermagem, considerando que as notas de enfermagem são um campo “aberto” para preenchimento livre, onde os enfermeiros recorrem para colocar a informação que consideram relevante mas que não está acessível noutros locais do GestCare®CCI ou está de difícil acesso.

É importante realçar que o item disponibilizado pela Avaliação de Enfermagem no GestCare®CCI acerca das Intervenções de Enfermagem no âmbito do ensinar/instruir/treinar ($Fa_{4,5}$ de 67,80%), não obteve a mesma relevância, quando comparada ao item de informação Intervenções de Enfermagem no âmbito do ensinar/instruir/treinar disponibilizado na outra plataforma (SAPE) com (98,90%), por parte dos enfermeiros participantes, isto pode estar relacionado com a forma como está disponibilizada esta informação no GestCare®CCI; os enfermeiros preferem utilizar a informação acerca das Intervenções de Enfermagem do SAPE, que está sistematizado, com a utilização da CIPE, do que no GestCare®CCI, dentro do módulo avaliação de enfermagem não é possível, pois não há a utilização de linguagem classificada, nem a sistematização do processo de enfermagem. Este tipo de apresentação coloca dificuldades no preenchimento, por permitir, por vezes, interpretações dúbias sobre as respostas escolhidas e, deixa a cada enfermeiro a decisão de incluir ou não dados de informação que, neste estudo se apresentam como “muito relevantes”.

Relativamente à dimensão do Instrumento de Avaliação Integrada - GestCare®CCI, este é de de preenchimento obrigatório nas avaliações periódicas ao utente pelas ECCI e não foi considerado na sua globalidade relevante pelos enfermeiros participantes. Isto pode estar relacionado com a forma como os dados/informação estão dispostos neste módulo, não traduzindo a informação necessária e relevante para efeitos de continui-

dade do cuidado. Apenas os itens acerca da locomoção do utente, autonomia física do utente, autonomia instrumental do utente e do estado cognitivo do utente foram considerados relevantes. No estudo sobre a informação relevante de referenciação para as ECCI (Sepúlveda, 2013), ambas as dimensões (Avaliação de Enfermagem - GestCare®CCI e Instrumento Avaliação Integrada - GestCare®CCI) foram consideradas relevantes. Isto pode estar relacionado ao facto que a informação de referenciação vem pelo GestCare®CCI, sendo na maioria das vezes, o primeiro repositório a ser consultado, pois é nele que estão as primeiras informações acerca do utente, refletindo nos valores altos elencados pelos enfermeiros participantes do estudo de Sepúlveda (2013) acerca da relevância. Logo, após o utente ser admitido na ECCI e iniciar os contactos de enfermagem, a informação clínica de enfermagem acerca dele passa a ser documentada diariamente no SAPE, deixando apenas as avaliações obrigatórias da RNCCI para quando for necessário (após o oitavo dia da primeira avaliação e posteriormente realizada quinzenalmente) registar no GestCare. Assim, como evidenciado nos resultados apresentados neste estudo, os valores acerca da relevância tanto para a Avaliação de Enfermagem, quanto para o IAI foram baixos, não os incluindo como dimensões da informação relevante para efeitos da continuidade do cuidado.

No que se refere à acessibilidade, podemos observar através dos resultados apresentados que a maioria dos itens não foram considerados acessíveis, excepto a Nota de Enfermagem, e Quem respondeu ao inquérito. Em relação às dimensões que integram o questionário, nenhuma alcançou o valor mínimo para ser considerada acessível. Entre as dimensões com as percentagens mais baixas, está o Prestador de Cuidados, Rede de Suporte/Família e Condições Habitacionais e a Informação Produzida por Outros Profissionais de Saúde. A causa pode estar relacionada, como os enfermeiros do primeiro momento relataram, devido ao facto de que o GestCare disponibiliza esta informação, porém muito escassa, não há um campo definido especificamente para as informações acerca do prestador de cuidados e a rede de suporte/família e a Informação Produzida por Outros Profissionais de saúde, na maioria das vezes é percebida pelos enfermeiros como lacunar. Ou seja, globalmente podemos observar que existe uma grande quantidade de informação que é considerada como “muito relevante” pelos enfermeiros das ECCI, mas que tem problemas na acessibilidade.

De acordo com Pereira (2007), a disponibilidade dos dados assenta em dois grandes pilares: a existência de dados propriamente dita e a sua documentação numa estrutura arquitetónica coerente e inteligível. Contudo através dos resultados apresentados no primeiro momento e corroborados no segundo momento, percebemos que não basta existir dados em abundância, eles devem estar documentados e armazenados em estruturas que facilitem a sua utilização pelos enfermeiros e que estejam disponibilizados de forma acessível; os quais não se compadecem com a linguagem natural e a falta de integridade referencial entre os distintos itens de informação dispostos (Silva, 2001; Pereira, 2007).

Com base nos resultados apresentados, devemos admitir que tanto o SAPE quanto o GestCare possam encerrar grandes quantidades de dados relativos aos cuidados de enfermagem. Todavia, dada às características estruturais de cada um deles, o SAPE apresenta-se como o repositório central da informação relevante de enfermagem para efeitos de continuidade dos cuidados nas ECCI, configurando-se como um dispositivo capaz de viabilizar a produção sistemática de informação válida acerca da qualidade do exercício profissional

dos enfermeiros. Também é o único que é utilizado pelos CS da região Norte do país, os quais (na maioria das vezes) irão ser os prestadores de cuidados formais seguintes dos utentes admitidos pelas ECCI. Ele utiliza linguagem classificada, defendido tanto pela OMS, quanto pela OE de Portugal como primordial a uma profissão que quer ser reconhecida. A CIPE®, sendo uma classificação internacional, “facilita a recolha e a análise de dados de enfermagem entre populações, serviços de cuidados de saúde, idiomas e regiões geográficas. Os dados originados pela utilização da ICNP/CIPE® podem sustentar a tomada de decisão” (Ordem dos Enfermeiros, 2009: 8), podem ser utilizados para assegurar a qualidade ou promover mudanças na prática de enfermagem por meio do ensino, da gestão, da política e da investigação (Pereira, 2007). Embora o SAPE se apresente como repositório central da informação diária dos cuidados de enfermagem, a informação de referenciação do utente, algumas escalas utilizadas na avaliação do estado de saúde deste utente, bem como a informação de outros profissionais está presente no Gestcare. E apesar do SAPE estar implementado em todos os CS da região norte do país, ainda não tem disponível a vertente de partilha da informação entre a versão comunitária e hospitalar, com exceção da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

A informação de enfermagem que está bem “espelhada” no SAPE, e as informações acerca das avaliações do utente, as condições habitacionais, e de outros profissionais no GestCare®CCI, que apresenta problemas na disposição de alguns módulos, como apresentado anteriormente. Ou seja, os enfermeiros consideram que a informação relevante está nos dois SI. Contudo, ambos os sistemas de informação, GestCare®CCI e SAPE, não possuem qualquer mecanismo de interoperabilidade (técnica ou semântica), o que inviabiliza o acesso à informação relevante, quer de um quer de outro.

A interoperabilidade⁵ pode ser definida como a capacidade de os sistemas de informação na saúde trabalharem em conjunto quer no interior das organizações quer atravessando fronteiras organizacionais, no suporte de uma eficaz prestação de cuidados de saúde a indivíduos e à comunidade (PORTUGAL. ACSS, 2009b). Como refere DeLone e McLean (2003) a facilidade do uso das ferramentas tem sido um dos melhores preditores do uso dos SI baseados nas TIC. Desta forma, urge (re) desenhar soluções de partilha de informação que, por serem mais adequadas às necessidades dos utilizadores, maximizam a utilização dos dados, em favor da qualidade dos cuidados (Mota, 2010).

Atualmente, com a implementação da Plataforma de Dados da Saúde (PDS), é possibilitado aos utilizadores do SAPE, o acesso a dados/informação existente nos repositórios das instituições onde os utentes referenciados e admitidos nas ECCI possam ter tido cuidados de saúde e mais recentemente, foi publicado o Despacho nº 2784/2013, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2013) que procura regulamentar as notas de alta médica e de enfermagem e notas de transferência das unidades de cuidados intensivos (registo eletrónico), quanto à informação que deve constar em cada uma delas. Contudo, este documento aplica-se apenas aos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde, deixando de fora as entidades da RNCCI que não integram o mesmo.

⁵A interoperabilidade técnica, constituindo-se de uma adequada conectividade entre os sistemas, que contemplam os mesmos requisitos estruturais e a interoperabilidade semântica é a capacidade dos SI se comunicarem através de ferramentas comuns de representação da informação, como por exemplo, a classificação internacional para a prática de Enfermagem - CIPE.

Tal como Silva (2005) e Pereira (2007), defendemos que o estabelecimento de climas promotores da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros passa pela criação de condições para, de forma regular, serem feitas comparações internas do desempenho, desafiando à (re)engenharia das estruturas e processos que não se mostrem capazes de promover a qualidade.

Por fim, e não menos importante, é de realçar que no primeiro momento, os enfermeiros relataram que muitas vezes quando não se tem a certeza concreta do diagnóstico, eles transmitem a informação oralmente para os seus pares. Pereira (2001) em seu estudo, denominou esta situação de “pressupostos implícitos” – do que é suposto documentar e que não é de documentar. Estes pressupostos implícitos, correspondem a padrões do grupo ou estratégias do contexto de ação tendentes a minimizar a incerteza na tomada de decisão e na ação propriamente dita, parecendo uma norma implícita perfeitamente enraizada no grupo e em seu contexto de ação, muito por força da concepção de cuidados dos enfermeiros (Pereira, 2001). É neste enquadramento que se interpreta a existência de informação que “só deve ser passada verbalmente” e de “coisas que se escrevem e outras que não” pois apenas “parece-me”, sendo então perspectivadas por eles como difícil de colocar em linguagem classificada.

Em relação à prática de transmitir informação informalmente, e muitas vezes, à não documentação desta informação, estão muitas vezes ligadas à incerteza por parte dos enfermeiros da formulação diagnóstica, em dimensões que vão para além dos diagnósticos habituais naquele contexto, como acerca dos focos Autocuidado ou Feridas. Os resultados de Sousa (2006), Padilha (2006) e Pereira (2007) reforçam esta assunção. Por outro lado, as dificuldades em “cumprir” as regras da construção sintática sugeridas pela CIPE para os focos de atenção de enfermagem (e eventualmente para as intervenções) parece condicionar o processo de documentação formal da informação.

É importante que, na posse destes elementos, as pessoas envolvidas nos processos de desenvolvimento e aperfeiçoamento dos SIE introduzam as reformulações que se julguem oportunas, de forma a dar a adequada visibilidade às múltiplas situações decorrentes da dinâmica de cuidados (Silva, 2001).

Capítulo 5

Conclusão

Reservam-se para este capítulo as considerações finais mais relevantes acerca do alcance dos objetivos propostos e das conclusões obtidas neste estudo. Na atividade diária, os enfermeiros têm permanentemente necessidade de procura, recolha, análise e processamento de dados. O primeiro contacto com o cliente permite o acesso a um conjunto de dados que se pode ou não transformar em informação útil, para a qual vão contribuindo vários processos, nomeadamente a valorização de uns dados em detrimento de outros (Jesus & Sousa, 2011), este é um processo fundamental para responder a hipóteses de diagnóstico e para orientar a prescrição de intervenções que conduzam com efetividade a um determinado resultado esperado. É neste sentido que percebemos a importância que os SIE estabelecem neste contexto. Dado o aumento crescente do volume de dados, a sua gestão eficaz só é possível quando suportada por sistemas que lhe assegurem a informação necessária para o desejado desenvolvimento das atividades de enfermagem (Sousa, 2006), onde os SI disponibilizados devem acrescentar valor aos fluxos de informação a que se acede e tirar partido deles para acrescentar valor aos cuidados a prestar (Pereira, 2007). São, por isso, evidentes os esforços para desenvolver sistemas de informação que focalizem a importância do corpo da disciplina (Silva, 2001; Sousa, 1999, 2006; Pereira, 2001, 2007). Podemos mesmo afirmar, que este desenvolvimento tem acompanhado a evolução da profissão e o seu resultado tem constituído um indicador de uma atividade progressivamente reflexiva e de um percurso dirigido à profissionalização (Jesus & Sousa, 2011).

O estudo e desenvolvimento de SIS ocorreram concomitantemente com as reformas na saúde, coexistindo SI utilizados há muito tempo com novos SI, que vão sendo instalados a um ritmo célere, à medida que surgem novas necessidades em saúde, como é exemplo, o GestCare®CCI para a RNCCI. A ausência de integração destes novos sistemas com os sistemas em uso, leva a por isso, verificar nos atuais SI, sinais de falta de interoperabilidade, o que conduz à não disponibilização da informação no momento certo. Esta situação, já descrita em vários estudos anteriores (Sousa, 2006; Azevedo, 2010; Mota, 2010; Sepúlveda, 2013)

leva a uma deficiente utilização dos dados pelos utilizadores e a falta de critérios sobre o que registar, traduz redundância de informação numas áreas e escassa ou inexistente em outras, não refletindo a realidade do desempenho dos enfermeiros.

Foi neste contexto que consideramos importante estudar os SI em uso pelos enfermeiros, identificando quais os dados/informação que se constituem como relevantes para efeitos da continuidade dos cuidados e sua acessibilidade, de forma a potenciar a utilização da informação disponibilizada por estes SIE.

A RNCCI criada para dar resposta à necessidade da população maioritariamente idosa, em situação de dependência, na sua vertente de cuidados continuados domiciliários, é representada pelas ECCI, valorizando o cuidado de proximidade, com uma equipa multidisciplinar, que necessita de informação relevante e acessível atempadamente para poder viabilizar o cuidado planeado, garantindo a eficácia do atendimento ao utente.

A disponibilidade de informações para o enfermeiro que atua nas atividades relacionadas com os cuidados continuados possibilita o acesso a um conjunto de ferramentas para realizar sua ação e prestar assistência com qualidade. Contudo, verificamos existirem dificuldades no acesso a informações úteis/relevantes de forma atempada para determinada ação ou planeamento do cuidado, de forma a assegurar a continuidade deste. Foi este contexto que nos levou a desenvolver o estudo aqui apresentado, por considerarmos: que o conhecimento sobre "Que informação é relevante para os enfermeiros na sua atividade diária de cuidados domiciliários e como essa informação se encontra disponibilizada (sua acessibilidade)", é fundamental para que haja uma melhor utilização dos recursos, para uma tomada de decisão mais assertiva, contribuindo para a qualidade do cuidado aos utentes.

O estudo realizado teve uma abordagem mista, transversal e de caráter exploratório e descritivo. Foi realizado em dois momentos distintos. O primeiro, alicerçado numa abordagem qualitativa e exploratória, com recurso a recolha de dados através da observação, que consequente forneceu orientações decisivas para a delimitação de um conjunto de temas a explorar com mais profundidade nas entrevistas semi-estruturadas. Deste primeiro momento, resultaram dados capazes de contribuir para a identificação de itens de dados/informação "exemplares", considerados como relevantes para os enfermeiros das ECCI participantes, como também identificados problemas de acessibilidade no que concerne à informação considerada relevante para os enfermeiros destas ECCI, entre os quais, a falta de sistematização dos dados, a duplicação dos dados, a dispersão da informação relevante e a necessidade de integração dos dados. Estes resultados permitiram, conjuntamente com a análise dos sistemas de informação em uso na RNCCI e com o recurso à literatura, construir um questionário. Este instrumento foi aplicado no segundo momento do estudo, que teve como principal objetivo conhecer o nível de relevância/acessibilidade da informação apresentada nos sistemas em uso na RNCCI, a partir da admissão do utente nas ECCI, para efeitos de continuidade de cuidados.

É de realçar que o facto de se ter recorrido a uma abordagem mista (qualitativa/quantitativa), permitiu a obtenção de inúmeros dados e o cruzamento dos dados colhidos, o que consequentemente enriqueceu o estudo, revelando-se eficaz, tendo demonstrado convergência de resultados entre o primeiro momento e o segundo, o que contribuiu para a elaboração de uma descrição mais consistente sobre a informação relevante.

No segundo momento, a aplicação do questionário permitiu obter respostas de uma área geográfica mais alargada (região Norte de Portugal). Assim, a utilização de várias estratégias de recolha de dados derivou do facto de termos procurado ser suficientemente flexíveis ao coligir informação que nos permitisse captar o fenómeno em estudo.

Contudo, compreendemos as limitações do presente estudo quanto à generalização dos resultados apresentados. De qualquer das formas, os procedimentos aqui implementados e documentados poderão contribuir para a replicação do estudo em outros contextos e em amostras mais alargadas.

Em relação ao nível de participação no estudo, houve o retorno de 90 questionários, configurando uma taxa de retorno de 65,2%, considerada pelos autores Hill e Hill (2002) como “bom”.

O contexto de cuidados da ECCI requer do enfermeiro necessidades informacionais específicas, os resultados do estudo permitiram-nos identificar que os dados que tem mais valor para os enfermeiros estão associados diretamente ao âmbito de intervenção na RNCCI, multidisciplinaridade, fundamentada no princípio dos 3 R's (Reabilitação, Readaptação, Reinserção), face à sua população alvo (maioritariamente idosos, com dependência), necessitando de suporte formal e desenvolvimento de competências cognitivas e instrumentais do prestador de cuidados.

Se observarmos que as ECCI são constituídas essencialmente por Enfermeiros Especialistas em Reabilitação e em Saúde Comunitária, podemos constatar que o contexto da ação e o contexto dos sujeitos (aqui enfermeiros especialistas), traduzem as relevâncias da informação em áreas “específicas”. Face à este contexto, os resultados do nosso estudo evidenciaram a centralidade da informação relevante acerca do “Prestador de cuidados”, a Aprendizagem de capacidades e Conhecimento traduzidas nas intervenções do tipo “Informar”, o “Autocuidado” e “atividades de vigilância/monitorização”, bem como “Informações produzidas por outros profissionais de saúde”.

No processo de planeamento de cuidados nas ECCI, os enfermeiros recolhem informações relevantes para a tomada de decisão. Para tal, as atividades de diagnóstico assumem relevância, pois precedem o juízo clínico de enfermagem, nomeadamente as atividades dirigidas ao “avaliar a dependência no autocuidado, e o potencial de autonomia”, aspetos relevantes no domínio do autocuidado.

Outra área de atenção de enfermagem, considerada como relevante, prende-se com o domínio das “feridas e úlceras de pressão”, onde se valoriza a identificação das alterações na condição de saúde do dependente e as modificações que se vão operando. Neste contexto, apresenta destaque as atividades de monitorização do risco de úlcera de pressão.

Relacionado com as intervenções, os resultados do presente estudo, demonstram que as intervenções do domínio do tipo “Informar” adquirem centralidade no que respeita a informação relevante, cuja intencionalidade se dirige a dotar de conhecimentos e capacidades os prestadores de cuidados para executarem os cuidados necessários ao dependente. Intervenções tais como, ensinar sobre prevenção de úlceras de pressão, treinar técnica de transferência, instruir sobre estratégias para o posicionamento, instruir e treinar exercícios

musculoarticulares, são exemplos claros deste tipo de intervenções, que refletem o intuito dos enfermeiros em implementar um papel de parceria com o utente e seu prestador de cuidados e promover a capacidade de autocuidado através do ensino (Orem, 1983; Henderson, 1987).

Relativamente à informação acerca do “Prestador de Cuidados”, adquire relevância na medida em que o utente, quando admitido na ECCL, terá cuidados de enfermagem periódicos e regulares, necessitando de alguém que possa desempenhar o papel de prestador de cuidados, seja ele um membro da família ou outro cuidador, que responda às suas necessidades em cuidados. É, neste sentido, que adquire relevância os dados associados ao prestador de cuidados, nomeadamente se possui as condições necessárias para cuidar da pessoa dependente, se reconhece os recursos disponibilizados para responder às necessidades da pessoa dependente.

Para além da informação acerca dos conhecimentos, habilidades, e atitudes dos prestadores de cuidados, torna-se na opinião dos participantes também relevante o conhecimento das atividades de cuidado desenvolvidas no domicílio e das dificuldades enfrentadas pelos prestadores de cuidados. Esta informação poderá contribuir para um melhor acompanhamento domiciliário.

Dado a característica multidisciplinar das ECCL, o trabalho dos enfermeiros é complementado por outros profissionais (médicos, terapeutas, técnicos superiores do serviço social, etc.), o que justifica a necessidade de aceder a outra informação também considerada relevante e identificada de “Informação produzida por outros profissionais de saúde”, sendo dado um destaque de especial relevância à “informação de produção médica”. A informação de produção médica considerada pelos enfermeiros como relevante encontra-se associada a um conjunto de dados sobre o Diagnóstico Médico, onde se integram dados de “Antecedentes pessoais” e da “História da Doença Atual”, bem como dos “Resultados de Exames Complementares de Diagnósticos” e a “Medicação Usual do Utente”. Para os enfermeiros esta informação é fundamental para “situar” o enfermeiro na situação clínica do utente, permitindo focalizar a sua atenção uma área específica da assistência, associada às respostas corporais à doença. Por outro lado, torna-se importante para orientar o processo de recolha de dados e identificação das principais situações que requerem cuidados de enfermagem.

Globalmente os resultados permitem verificar que as principais dimensões de informação consideradas como muito relevantes pelos enfermeiros, para efeito da continuidade dos cuidados no contexto das ECCL, são (por ordem decrescente: 1ª-“Vigilância/Monitorização”, 2ª-“Prestador de Cuidados”, 3ª-“Informação Produzida pelos Enfermeiros” e 4ª-“Informação Produzida por Outros Profissionais de Saúde”). Quanto à acessibilidade dos dados/informação por dimensão, os resultados permitem constatar que nenhuma dimensão reúne todos os requisitos para ser considerada “muito acessível”.

No seu conjunto, a informação percebida pelos enfermeiros como relevante, tem como objetivo final, assegurar a prestação de cuidados globais e integrados a todos os elementos da família do utente dependente, em especial ao utente e seu prestador de cuidados, em posse dela o enfermeiro almeja identificar a organização da estrutura familiar, promover a autonomia para o utente, o envolvimento do cuidador para tomar conta, o treino de capacidades para o exercício do papel, tendo sempre em vista o suporte instrumental, isto é, o

envolvimento de pessoas disponíveis para criar uma rede de prestação de cuidado.

No estudo das variáveis que caracterizam os respondentes (idade, tempo de exercício profissional na ECCI e especialidade) observaram-se associações com os níveis de relevância e acessibilidade da informação estatisticamente significativas. Os enfermeiros especialistas, com maior tempo de exercício profissional e maior idade, atribuem índices de relevância para a “Avaliação de Enfermagem” e maior acessibilidade para a “Informação produzida pelos enfermeiros”.

Do nosso estudo fica evidente que o SAPE contém grande quantidade de dados/informação de enfermagem relevante, para o qual contribui uma estrutura de processo de enfermagem sistematizado. Contudo, como estrutura isolada apresenta algumas lacunas de dados de suporte à continuidade de cuidados nas ECCI. O GestCare CCI, por sua vez, contém os instrumentos de avaliação (escalas), informação da rede de suporte informal e de outros profissionais de saúde, que se caracteriza como outro repositório da informação relevante para as ECCI, quando associado ao SAPE.

Verificou-se no primeiro momento que, em ambos os SIE (GestCare e SAPE) existem problemas na acessibilidade à informação relevante, relacionados com vários fatores: a existência de informação lacunar, à clareza e objetividade da informação registada, por exemplo, no IAI, levando a duplicação de registos; o que se pode observar no segundo momento, traduzido pelos baixos valores quanto à acessibilidade dos itens de informação apresentados no questionário.

Globalmente, na opinião dos participantes do estudo, a acessibilidade fica aquém da relevância, apenas o campo destinado às “Notas de Enfermagem” (espaço destinado a texto livre), disponibilizado no GestCare, foi considerado pelos enfermeiros como relevante e acessível. Este facto aponta para a necessidade de se refletir acerca da disponibilização e interpretação da informação contida nos SIE em uso pelas ECCI, demonstrando a necessidade de estudos de investigação acerca das estruturas de suporte, e conteúdo no sentido de melhorar os níveis de acessibilidade. Desta forma, importa referir que em futuros estudos se deverá proceder à análise do conteúdo de dados introduzido neste campo (Notas de enfermagem), por forma a estruturar esses conteúdos de informação no sistema - SIRONCCI.

A pressão para a mudança no sentido de melhorar a eficiência das organizações obriga a que se caminhe na direção a uma melhor documentação, comunicação e coordenação de todos os intervenientes (Mahler et al., 2007). Assim, são necessárias, novas ferramentas que suportem a inovação e que permitam a transformação dos processos de trabalho. A interoperabilidade entre os SI existentes surge como uma exigência para responder essas pressões.

Continuamos a verificar uma variabilidade significativa no processamento da informação, associados à experiência pessoal, aos esquemas mentais e modelos conceituais de cuidados, e respectivos repositórios de conhecimento. É neste sentido que, quando nos referimos à dificuldade que os enfermeiros manifestam em traduzir o processo de concepção de cuidados ou na documentação os processos de ação, as TIC em geral, podem revestir-se de um enorme potencial facilitador, com o benefício acrescido para o processo de cuidados.

Estamos certo de que é necessário continuar a desenvolver esforços no sentido de se conseguir, para os SIE informatizados, uma adequada normalização da documentação de enfermagem, independentemente do seu suporte. Permitindo a existência de critérios universais para uma documentação rigorosa e de qualidade, que traduza o conhecimento da enfermagem enquanto profissão e ciência.

Para que os dados se articulem, os processos e os fluxos de informação gerada funcionem, é fundamental que os SI utilizem linguagem classificada, na nomeação e documentação dos dados. O recurso à CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), aceite pela OMS para integrar o grupo de classificações em saúde, permite partilhar dados, nomeadamente aqueles que se referem à dimensão autónoma do exercício profissional do enfermeiro (diagnóstico, intervenção e resultado de enfermagem).

Importa salientar que, muito mais havia a fazer, no entanto, com o percurso da investigação desenvolvida, pensamos ter ajudado a conhecer alguns dos dados/informação considerados relevantes pelos enfermeiros e seus respectivos níveis de acessibilidade, desta realidade específica – ECCI, podendo servir de contributo para a melhoria dos SI em uso, através da produção de informação relevante, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Seria interessante replicar este estudo em outras tipologias de cuidado da RNCCI e em outras regiões do país, para consolidar ou refutar as conclusões expostas, marcadas pelas limitações anteriormente enunciadas. Como também o estudo da prioridade de acesso, que os enfermeiros referem frente aos conteúdos de informação relevante.

Só assim será possível contribuir para a criação de sistemas de informação que respeitem a natureza dos cuidados de enfermagem, que sejam representativos da disciplina de enfermagem e que respeitem a multidisciplinaridade ao constituírem um verdadeiro suporte complementar do processo de informação clínica.

Referências Bibliográficas

ACES. MAIA - ECCI Águas Santas (2012). Relatório Anual 2010-2011.

Alzougool, B., Chang, S., & Gray, K. (2008). Towards a comprehensive understanding of health information needs. *Electronic Journal of Health Informatics*, 3(2):e15.

Ammenwerth, E., Rauchegger, F., Ehlers, F., Hirsch, B., & Schaubmayr, C. (2011). Effect of a nursing information system on the quality of information processing in nursing: An evaluation study using the HIS-monitor instrument. *International Journal Medical Informatics*, 1(80):25--38.

Andrade, F. M. M. D. (2009). O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho.

Azevedo, P. (2010). Partilha de informação de enfermagem sobre os prestadores de cuidados: Dimensão relevante para a transição de cuidados. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70., 4 edição. p. 288.

Barra, D. C. C. & Sasso, G. T. M. D. (2011). Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, 64(6):1141--1149.

Barros, P. P. & Simões, J. A. (2007). Portugal: Health system review. *European Observatory on Health System and Policies*, 9(5).

Bogdan, R. & Biklen, S. K. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Bowles, K., Naylor, M., & Foust, J. (2002). Patient characteristics at hospital discharge and a comparison of home care referral decisions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50:336--342.

Campos, A. C. (2008). *Reformas da Saúde: o fio condutor*. Coimbra: Almedina. p. 312.

Care4IT (2009). UMCCI Gere a Rede de Cuidados Continuados Integrados com o GestCare CCI da Care4IT. Online. <http://www.care4it.pt/destaques/umcci-gere-rede-de-cuidados-continuados-integrados-com-o-gestcare-da-care4it>.

- Carnevali, D. & Thomas, M. (1993). Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing. *Philadelphia: J. B. Lippincott Company*.
- Castanheira, J. B. (2011). *Sistema de informação nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Edições Sílabo, 1 edição. p. 343.
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada : guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Collière, J. M. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência, 2 edição.
- Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Costa-Font, J., Gori, C., Di Maio, A., Patxot, C., Pickard, L., Pozzi, A., & Rothgang, H. (2006). Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. *Ageing and Society*, 26(02):285--302.
- Cook, R., Render, M., & Woods, D. (2000). Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *British Medical Journal*, p. 791--794.
- Creswick, N., Callen, J., Li, J., Georgiou, A., Isedale, G., Robertson, L., Paoloni, R., & Westbrook, J. I. (2012). A qualitative analysis of emergency department nurses' perceptions of the effects of an integrated clinical information system. *electronic Journal of Health Informatics*, 7(1).
- Currell, R. & Urquhart, C. (2003). Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Delaney, C. & Moorhead, S. (1995). The nursing minimum data set, standardized language, and health care quality. *Journal of nursing care quality*, 10(1):16--30.
- DeLone, W. H. (2003). The DeLone and McLean model of information systems success: a ten-year update. *Journal of management information systems*, 19(4):9--30.
- DeLone, W. H. & McLean, E. R. (1992). Information systems success: the quest for the dependent variable. *Information systems research*, 3(1):60--95.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa : teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2 edição.
- Discroll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients and their carers perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31:1165--1173.
- Doenges, M. & Moorhouse, M., F. (1992). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. Oxford University Press.

- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carer's perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31:1165--1173.
- Duarte, S. F. C. (2010). *Continuidade em cuidados domiciliários: o papel do enfermeiro*. Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa.
- Faustino, A. M., Moreira, A. M., & Martinho, C. (2002). A hospitalização do idoso: uma abordagem focalizada nos aspectos preventivos. *Revista Servir*, 50(5):236--240.
- Flick, U. & Parreira, A. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Monitor.
- Fonseca, M. P., Vieira, M. A., & R., S. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61:801.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Garåsen, H. (2008). *The Trondheim Model. Improving the professional communication between the various levels of health care services and implementation of intermediate care at a community hospital could provide better care for older patients. Short and long term effects*. Tese de Doutoramento, Norwegian University of Science and Technology.
- Goossen, W. (2000). Uso de registos electrónicos dos pacientes para colher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia unificada de enfermagem. *Enfermagem*, 18(2):5--22.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(7425):1219.
- Henderson, A. & Zernike, W. (2001). A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35:435--441.
- Henderson, V. (1987). Nursing process-a critique. *Holistic nursing practice*, 1:7--18.
- Henriques, M. A. P. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: eficácia das intervenções de enfermagem*. Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Edição Sílabo.
- Hovenga, E. J., Garde, S., Carr, T., & Hullin, C. M. (2007). Innovative approaches and processes for capturing expert aged care knowledge for multiple purposes. *Electronic Journal of Health Informatics*, 2(1).
- Hutchinson, S. A. & Wilson, M. E. (1994). Benefits of participating in research interviews. *Journal of Nursing Scholarship*, 26:161--166.
- Häyrynen, K., Lamintakanen, J., & Saranto, K. (2010). Evaluation of electronic nursing documentation - nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics*, 79(8):554--564.

- ICN, International Council of Nurses (2010). *CIPE(r) versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. [trad.] Dra. Hermínia Castro.
- Imaginário, C. M. I. (2004). *O Idoso dependente em contexto familiar : uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Ltda.
- Jefferies, D., Johnson, M., & Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International journal of nursing practice*, 16:112--124.
- Jesus, E. H. (2006). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Ltda.
- Jesus, E. H. & Sousa, P. A. F. (2011). *Sistemas de Informação e profissionais de saúde - visão dos enfermeiros*. Lisboa: Sílabo. p. 343.
- Ketele, J. & Roegiers, X. (1998). *Metodologia da recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas, e de estudo de documentos*. Instituto Piaget.
- Kim, Y., Duberstein, P., & Sörensen, S. (2005). Levels of depressive symptoms in spouses of people with lung cancer: effects of personality, social support, and caregiving burden. *Psychosomatics*, 46:123--130.
- Koch, B. (2007). Evaluation of a web enabled care planning and documentation system within aged care settings. *Electronic Journal of Health Informatics*, 2(1):e4.
- Krogh, G. & Nåden, D. (2008). A Nursing-Specific Model of EPR Documentation: Organizational and Professional Requirements. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(1):68--75.
- Lage, M. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Tese de Doutorado, ICBAS.
- Levine, C., Albert, S. M., Hokenstad, A., Halper, D. E., Hart, A. Y., & Gould, D. A. (2006). "this case is closed": Family caregivers and the termination of home health care services for stroke patients. *Milbank Quarterly*, 84:305--311.
- Lopes, M. J. (2003). A metodologia da Grounded Theory. Um contributo para a conceitualização na enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8:63--74.
- Luz, E. L. (2003). Importância dos conteúdos da carta de alta para a continuidade dos cuidados. *Nursing*, 175:34--44.
- Mahler, C., Ammenwerth, E., Wagner, A., A.Tautz, T.Happek, Hoppe, B., & Eichstädter, R. (2007). Effects of a computer-based nursing documentation system on the quality of nursing documentation. *J Med Syst*, 31(4):274--282.

- Marin, H. (2006). Perspectivas atuais da Informática em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3):354--7.
- Marin, H. d. F. (2001). Vocabulário em enfermagem: revisão e atualização; Nursing terminology. *Nursing (São Paulo)*, 4(32):25--9.
- Marin, H. F. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, 2(1).
- Marin, M. J. S., Oliveira Cecílio, L. C., Perez, A. E. W. U. F., Santella, F., Silva, C. B. A., Filho, G., R., J., & Roceti, L. C. (2008). Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do programa saúde da família. *Cad. saúde pública*, 24:1545--1555.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-estar dos Doentes e Familiares Cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23:12--28.
- Miller, E. A. & Weissert, W. G. (2000). Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment, and mortality: a synthesis. *Medical Care Research and Review*, 57(3):259--297.
- Moen, A. (2003). A nursing perspective to desing and implementation of electronic patient record systems. *Journal of Biomedical Informatics*, 36:375--378.
- Mota, L. A. (2010). Sistemas de informação em enfermagem: Um estudo sobre a relevância da informação para os médicos. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto.
- Nascimento, J. C. (2011). *A saúde e organização dos sistemas de informação*. Lisboa: Edições Sílabo. p. 343.
- Nogueira, J. (2009). Cuidados Continuados Desafios. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados. Em linha. Online. http://www.rncci.minsaude.pt/download_files/cuidados_continuados_desafios_final.pdf.
- OE. Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Online em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>.
- OE, Ordem dos Enfermeiros (2005). Sistema de Informação e Documentação de Enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*.
- OE. Ordem dos Enfermeiros (2007). Sistemas de Informação em Enfermagem - SIE. Online em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/SIE.aspx>.

- OE. Ordem dos Enfermeiros (2009). Rede de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro. Online em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI>
- Orem, D. (1983). *D. Orem The Self-care deficit theory of nursing: A general theory. In: Family Health: A theoretical approach to nursing care.* . New York: John Wiley & Sons.
- Padilha, M. (2006). Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Pereira, F. M. S. (2001). Teor e valor da informação para a continuidade nos cuidados. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Pereira, F. M. S. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem.* Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Peterlini, O. L. G. & Zagonel, I. P. S. (2006). O sistema de informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. *Texto Contexto Enferm*, 15(3):418--426.
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa.* Coimbra: Formasau.
- Philipson, G. & Roberts, J. (2007). Caring for the future: the impact of technology on aged and assisted living. *Electronic Journal of Health Informatics*, 2(1).
- Poissant, L., Pereira, J., Tamblyn, R., & Kawasumi, Y. (2005). The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 12(5):505--516.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. . (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.* 5 edição.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2006a). Decreto-Lei nº 101/2006 - Diário da República I Série, n. 109, 6 de Junho de 2006 pp. 3856-3865.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2006b). Plano Nacional de saúde 2004-2010 - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Online em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_334.html.
- PORTUGAL. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2006c). Relatório Primavera 2006. Online em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2006_OPSS.pdf.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde e Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007a). Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários - carteira

- de serviços. Cuidados de Saúde Primários Portugal. Online em: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgts/content/page_46/Cuidados%20Continuados%20nos%20CSP.pdf.
- PORTUGAL. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2007b). Relatório Primavera 2007. Online em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2007_OPSS.pdf.
- PORTUGAL. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2008). Diretiva Técnica Nº 1/UMCCI/2008. Unidade Missão dos Cuidados Continuados Integrados (UMCCI). <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/d1.pdf>.
- PORTUGAL. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009a). Glossário : Rede Nacional de Cuidados Continuados. Online em: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Glossario_RNCCI.pdf.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde e ACSS (2009b). Registo Eletrónico de Saúde R1 - Documento de Estado de Arte. 30 de Setembro de 2009.
- PORTUGAL. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009c). Relatório Primavera 2009. Online em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2009_OPSS.pdf.
- PORTUGAL. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010a). Directiva Técnica nº 1/UMCCI/2010. Online em: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/NOVA2010_DirectivaTecnican.1-UMCCI-2010-Modulosdepreenchimentoobligatorio.pdf.
- PORTUGAL. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010b). Relatório Primavera 2010. Online em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2010_OPSS-FT.pdf.
- PORTUGAL. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011a). Manual do Prestador: Recomendações para a melhoria contínua. Online em: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador.pdf.
- PORTUGAL. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011b). Relatório Primavera 2011. Online em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf.
- PORTUGAL. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2012a). Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 1º semestre de 2012. http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/rev_relatorio_1_semestre_2012.pdf.
- PORTUGAL. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012b). Relatório Primavera 2012. Online em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pdf.
- PORTUGAL (2013). Despacho nº 2784/2013.

- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª edição.
- Rittman, M., Faircloth, C., & Boylstein, C. (2004). The experience of time in the transition from hospital to home following stroke. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 41:259--268.
- Rotondi, A. J., Sinkule, J., Balzer, K., Harris, J., & Moldovan, R. (2007). A qualitative needs assessment of persons who have experienced traumatic brain injury and their primary family caregivers. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 22:14--25.
- Safran, C. & Leslie, E. (2001). Management of information in integrated delivery networks. *Medical informatics: computer applications in health care and biomedicine*, p. 360.
- Saranto, K. & Kinnunen, U.-M. (2009). Evaluating nursing documentation--research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3):464--476.
- Saultz, J. W. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *The Annals of Family Medicine*, 1(3):134--143.
- Sepúlveda, J. L. D. F. S. (2013). Sistemas de informação em enfermagem: Um estudo sobre a relevância da informação de referenciação para as equipas de cuidados continuados integrados. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Silva, A. A. P. (1995). Registos de enfermagem: da tradição scripto ao discurso informo. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Silva, A. A. P. (2001). *Sistema de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Silveira, D. T. & Marin, H. d. F. (2006). Conjunto de dados mínimos de enfermagem: construindo um modelo em saúde ocupacional. *Acta Paul. Enferm.*, 19(2):218--27.
- Soares, M. A. S. (2009). *Avaliação da terapêutica potencialmente inapropriada no doente geriátrico*. Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa.
- Sousa, P. A. F. (2005). *Sistema de Partilha de Informação em Enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Sousa, P. A. F. (2006). *O sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. p. 343.
- Sousa, P. A. F. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paul. Enferm.*, 22:884--894.

- Sousa, P. A. F., GONÇALVES, P., SILVA, A., SANTOS, A. T., RIBEIRO, A. L., CARDOSO, M. J., & MACHADO, P. (1999). Projecto enfimco. *Administração Regional de Saúde do Norte, Sub – Porto: Região de Saúde de Vila Real e Escola Superior de Enfermagem*.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed.
- Tavares, J. P. A. (2008). Em direcção à conceptualização dos cuidados continuados de enfermagem. Dissertação de Mestrado, Universidade Aveiro.
- Thober, E., Creutzberg, M., & Viegas, K. (2005). Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliário. *Rev. Bras. Enferm.*, 58:438--43.
- Thoroddsen, A., Saranto, K., Ehrenberg, A., & Sermeus, W. (2009). Models, standards and structures of nursing documentation in european countries. *Stud Health Technol. Inform.*, 146:327--331.
- Toromanovic, S., Hasanovic, E., & Masic, I. (2010). Nursing information systems. *Mat Soc Med*, 3(22):168--171.
- Turner, B., Fleming, J., Cornwell, P., Worrall, L., Ownsworth, T., Haines, T., & Chenoweth, L. (2007). A qualitative study of the transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury and their family caregivers. *Brain Injury*, 21:1119--1130.
- UMCCI (2007a). Desafios estratégicos para o desenvolvimento de unidades da RNCCI nos Hospitais do SNS. Em linha. Online. http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/C8C2B7AB-D533-49E7-AFF2-8ABBB08EAE8D/13089/DESAFIOSEstrategicos_26Março0508.pdf.
- UMCCI (2007b). Relatório de monitorização da implementação das experiências piloto da Rede de Cuidados Continuados Integrados. Em linha. Online. <http://www.rncci.minsaude.pt/NR/rdonlyres/C8C2B7AB-D533-49E7-AFF2-8ABBB08EAE8D/13089/RESUMOMonitorizacaoRNCCISITE0508.pdf>.
- UMCCI (2007c). Unidade de missão para os cuidados de continuados integrados (2007b): Orientações gerais de abordagem multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados. Em linha. Online. http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/EBCF8B84-45CF-44EF-8C24-8DB9384D7A0A/7696/UMCCI_Orientacoes_20Março20073.pdf.
- UMCCI (2008). Relatório de monitorização do desenvolvimento da Rede de Cuidados Continuados Integrados. Em linha. Online. <http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/C8C2B7AB-D533-49E7-AFF2-8ABBB08EAE8D/13089/RESUMOMonitorizacaoRNCCISITE0508.pdf>.
- Wang, N., Yu, P., Hailey, D., & Oxlade, D. (2011). Developing measurements of quality of electronic versus paper-based nursing documentation in Australian aged care homes. *Electronic Journal of Health Informatics*, 6(1):1--6.
- Wang, R. Y., Reddy, M. P., & Kon, H. B. (1995). Toward quality data: An attribute-based approach. *Decision Support Systems*, 13(3):349--372.

- Yusof, M. M., Kuljis, J., Papazafeiropoulou, A., & Stergioulas, L. K. (2008). An evaluation framework for Health Information Systems: human, organization and technology-fit factors (HOT-fit). *International Journal of Medical Informatics*, 77(6):386--398.

Anexos

Anexo I - Autorização da Comissão de Ética da ARS Norte



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

PARECER Nº 91/2011

Sobre o estudo *“Sistemas de Informação em Enfermagem: Relevância da informação para a continuidade de cuidados no contexto das ECCI”*

A – RELATÓRIO

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) iniciou o Processo n.º 91.11CES, na sequência de despacho do Conselho Diretivo da ARSN, datado de 30/08/2011, exarado sobre Informação da Equipa Coordenadora Regional (ECR-Norte) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), datada de 22/08/2011, relativo ao estudo *“Sistemas de Informação em Enfermagem: Relevância da informação para a continuidade de cuidados no contexto das ECCI”* (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), que a Enfermeira Ana Paula dos Anjos Correa Costa pretende realizar no âmbito do Mestrado em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, sob a orientação dos Professores Doutor Paulino Sousa e Mestre Manuel Fernando dos Santos Oliveira, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos: protocolo que inclui modelos de consentimento informado e questionários, currículo da investigadora, declaração de compromisso de entrega de resultado do estudo à CES e aos Agrupamentos de Centros de Saúde, declarações dos orientadores, diversas mensagens de correio eletrónico trocadas com esta CES.

A.3. Trata-se de um estudo observacional realizado em duas fases: «A primeira fase da investigação será alicerçada numa abordagem qualitativa e exploratória, com recurso à recolha de dados através de entrevistas com enfermeiros (informantes – chaves) e observação realizada durante as atividades domiciliárias destes». «Na segunda fase, de âmbito quantitativo, a colheita de dados será feita com o recurso ao questionário, que será respondido pelos enfermeiros das ECCI da RNCCI – ECR-Norte, através de questionário na Internet, sendo assegurado o anonimato dos mesmos.» Foram submetidos modelos de Consentimento para cada uma das fases do estudo. Os objetivos do estudo são «1) Identificar e descrever a informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros das ECCI, que se mostra mais relevante para a continuidade do cuidado na prática diária do cuidado domiciliário; 2) Identificar quais repositórios daquela informação que releva para efeitos da continuidade do cuidado; 3) Identificar o nível de acessibilidade percebido pelos enfermeiros, acerca da informação que reportam como mais relevante para efeitos da continuidade do cuidado».

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. Reconhece-se relevância ao estudo e interesse nos resultados esperados, registando-se que há paralelismo deste estudo com outro realizado com os mesmos objetivos no âmbito do mesmo Mestrado e igualmente submetido a esta CES.

B.2. A metodologia utilizada salvaguarda os direitos dos participantes.

C – CONCLUSÃO

Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.

O relator, *Rosalvo Almeida*

Aprovado em reunião do dia 14 de outubro de 2011, por unanimidade.



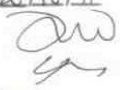
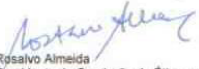
Rosalvo Almeida, Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

Rua de Santa Catarina, 1288
4000-447 Porto

Tel. 22 551 24 00
Fax 22 550 98 15

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt

Anexo II - Autorização do Conselho Directivo da ARS Norte

 Ministério da Saúde	 ARS NORTE Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.	DELIBERADO AUTORIZAR <u>20.10.11</u>  Dr. Póncio Oliveira Vogal C.D.
COMUNICAÇÃO <input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> PARECER <input checked="" type="checkbox"/> Nº 98 DATA: 17.out.11		
DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte		
PARA: Conselho Directivo da ARS Norte		
ASSUNTO: Parecer n.º 91/2011		
<p>Levo ao conhecimento desse Conselho o Parecer n.º 91/2011 (Sobre o estudo "Sistemas de Informação em Enfermagem: Relevância da informação para a continuidade de cuidados no contexto das ECCI"), aprovado na reunião do dia 14 de outubro, por unanimidade.</p> <p>Informo que o mesmo foi já comunicado, por correio eletrónico ECR da RNCCI e, oficiosamente, à requerente nos termos habituais.</p>		
 Rósalvo Almeida Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN		À Consideração Superior
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div> Rua de Santa Catarina, 1208 4000-447 Porto </div> <div> Tel. 22 551 24 00 Fax 22 530 98 15 </div> <div> anrn@arsnorte.min-saude.pt www.arsnorte.min-saude.pt </div> </div>		

Anexo III - Autorização do ACES Maia para Fase I (Recolha de Dados)

Gmail - RE: Enfermeira Áurea, Vogal de Enfermagem do ACES Maia (...)
<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=fc3d6ef2e4&view=pt&q=p...>



Ana Paula Anjos Correa Costa <anacosta.enf@gmail.com>

RE: Enfermeira Áurea, Vogal de Enfermagem do ACES Maia (Pedido de Autorização)

4 mensagens

Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico do Aces Maia <venfaces@csm Maia.min-saude.pt> 9 de novembro de 2011 17:00
Para: Ana Paula Anjos Correa Costa <anacosta.enf@gmail.com>
Cc: ecciaguassantas@gmail.com

Exma. Enfª Paula Costa

Já autorizado pela Comissão Ética e CD da ARSN, pelo que por parte do ACES nada há a opor.

Deve articular-se com o enfermeiro Luís Miguel Seixas, responsável pela ECCI Aguas Santas para planear reunião e informar este ACES do resultados da investigação.

Com os melhores cumprimentos,



Áurea Jorge
Vogal de Enfermagem do ACES Grande Porto IV - Maia
Av. Luís de Camões nº290 3ª andar
4474-004 Maia
Telf: 222470940

Anexo IV - Carta ECCI

“Sistemas de Informação em Enfermagem: Relevância da informação para a continuidade de cuidados no contexto das ECCI”.

Na Enfermagem, os recursos da informatização adicionaram à profissão mais eficiência, organização e versatilidade. Os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) começaram a ser definidos e implantados para apoiar e facilitar a atividade do enfermeiro em adquirir, armazenar e analisar dados dos utentes, com a finalidade de definir as necessidades e o planeamento do cuidado. Sendo o cuidado o foco de atenção da Enfermagem, seus profissionais são responsáveis pela produção e gerenciamento de informações que influenciam direta e indiretamente a qualidade e o resultado dos serviços prestados. Um sistema de informação em saúde deve produzir informações que possibilitem a tomada de decisões sobre as ações a serem implementadas, o acompanhamento das ações propostas e a avaliação do impacto (efetividade) alcançado sobre a situação de saúde inicial. A disponibilidade de informações para o enfermeiro que atua nas atividades relacionadas com os cuidados continuados, possibilita o acesso a um conjunto de ferramentas para realizar sua ação e prestar assistência com qualidade. Contudo, ainda existem dificuldades no acesso a informações úteis/relevantes de forma atempada para determinada ação ou planeamento do cuidado, de forma a assegurar a continuidade deste. Já a literatura sobre os cuidados de enfermagem no domicílio reflecte a natureza emergente desta área dos cuidados de saúde, pelo que se justifica a importância da pesquisa sobre qual a informação relevante para efeitos de continuidade dos cuidados nas ECCI e conhecer quais as entidades/suportes onde esta informação está disponível. Assim, e no âmbito do XVIII Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do ICBAS/UP pretendo realizar um estudo com o objectivo de identificar a informação que na perspectiva dos enfermeiros que prestam cuidados domiciliários em contexto de cuidados continuados integrados é relevante para efeitos da continuidade dos cuidados, a sua acessibilidade, bem como quais os suportes onde esta informação está disponível.

Para a recolha de informação, serão utilizadas (de acordo com cada fase do estudo):

I Fase: Observação e Entrevistas semi-estruturadas a enfermeiros. A observação decorrerá durante a realização dos cuidados a prestar aos doentes no seu próprio domicílio, desde a etapa de planeamento de cuidados, até à execução e avaliação das deslocações previstas. Tendo sempre atenção em salvaguardar o anonimato dos participantes envolvidos, identificando-os com letras enigmáticas. Assim, os participantes no estudo serão identificados com letras como X, Y ou Z. O material que resultar da observação fornecerá orientações decisivas que permitirá delimitar um conjunto de temas a explorar com mais profundidade nas entrevistas com alguns dos participantes (enfermeiros), considerados como “informantes – chave”. Ocorrerá registo áudio. Também aqui será salvaguardada a confidencialidade e o anonimato dos entrevistados, que se disponibilizarem a participar de forma livre e informada. Todas as entrevistas serão realizadas de acordo com a disponibilidade e vontade de cada um dos informantes em horário extra-laboral. Prevê que a duração das entrevistas varie entre 30 a 50 minutos aproximadamente

II Fase: Questionário. A formulação do questionário decorrerá do resultado da I Fase do estudo (análise de conteúdo das entrevistas e das notas de campo resultantes da observação. Este questionário será aplicado a todos os enfermeiros das ECCI que pertençam a ARS – Norte e que se disponibilizem livremente a participarem desta II Fase do estudo.

Agradeço a colaboração de todos, devendo, contudo, ficar claro que a participação neste estudo é absolutamente dependente da vontade de cada um. Da mesma forma, será garantida, a todos os participantes, o respeito pelo anonimato (as entrevistas serão codificadas) e pela decisão de, em qualquer momento abandonarem o projecto.

Atenciosamente,
Ana Costa

Anexo V - Modelo do Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

“Sistemas de Informação em Enfermagem – Relevância da informação para a continuidade de cuidados no contexto das ECCI”

O presente estudo é realizado junto dos enfermeiros das ECCI da Região Norte (ARS Norte), no âmbito da dissertação do XVIII Mestrado em Ciências de Enfermagem, do ICBAS/UP, sob orientação do Professor Doutor Paulino Artur Ferreira de Sousa. Para a realização deste estudo, solicitamos a sua colaboração para a realização de observações das atividades domiciliárias de enfermagem e de entrevistas semi estruturadas. Os objetivos do trabalho são os seguintes: Identificar e descrever a informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros das ECCI, que nas suas perspectivas, se mostra como mais relevante para os Cuidados Continuados Integrados; Identificar quais os repositórios daquela informação que relevam para efeitos da continuidade de cuidados; Identificar o nível de acessibilidade percebido pelos enfermeiros, acerca da informação que reportam como mais relevante para efeitos da continuidade de cuidados.

Os custos deste estudo são suportados pelo investigador, não havendo quaisquer contrapartidas ou prejuízos para os participantes. A sua participação é preciosa para o sucesso deste trabalho e deverá ser totalmente voluntária. Não existe qualquer obrigação, imposição e ou coação para a sua participação, pelo que é livre de decidir, em qualquer momento / fase do estudo, de participar, desistir ou não participar. Qualquer que seja a sua decisão, não terá qualquer tipo de prejuízos para si. Este estudo mereceu Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN.

Todos os dados recolhidos nesta fase do estudo são confidenciais e anónimos, sendo sujeitos a análise de conteúdo, para uso exclusivo do presente estudo. Nenhum dado de identificação será registado e ou processado, pelo que a sua identificação com as suas respostas nunca serão tornadas públicas. Relativamente à observação, serão seguidos todos os procedimentos usuais da ética, nomeadamente identificação do investigador, sigilo profissional, garantia de anonimato e consentimento esclarecido (após a explanação do objectivo do estudo ao utente e família). Serão tomadas notas de campo e não haverá qualquer registo magnético dos cuidados prestados. Após as observações efetuadas, as entrevistas ocorrerão com suporte áudio. Será salvaguardada a confidencialidade e o anonimato dos entrevistados, que se disponibilizarem a participar de forma livre e informada. Todas as entrevistas serão realizadas de acordo com a disponibilidade e vontade de cada um dos informantes em horário extra laboral. Após o término do trajecto de investigação e defesa pública da dissertação do presente estudo, serão destruídos os arquivos de áudio de todas as entrevistas realizadas.

Desde já agradecemos a sua colaboração para o presente estudo. Todas as dúvidas ou esclarecimentos podem ser colocadas ao investigador, através dos seguintes contactos:

Ana Paula dos Anjos Correa Costa, enfermeira, 937 087 604, anacosta.enf@gmail.com

Assinatura do investigador: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Enfermeiro (a): _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE 1 PÁGINA, É FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dtr.ept.joefi.sdu.se/2001/01/0002400.R01.60036.pdf>

Anexo VI - Grelha de Observação (I Momento)

Grelha de Observação

1. Nº contacto: ____ 2. Duração do contacto: ____

3. Proveniência do utente: EGA ____ CS ____ Nº dias ECCI: ____

4. Área da ECCI: _____

5. Motivo: _____

6. Levam padrão para Visita Domiciliar: Sim ____ Não ____

a. Tipo de suporte: Papel ____ Computador ____

b. Que itens constam no padrão _____

7. Diagnóstico de Enfermagem do contacto: _____

8. Intervenções de Enfermagem do contacto: _____

9. Só foram abordados os focos / DE / IE planeados: Sim ____ Não ____

a. Outros: _____

10. Documentam no domicílio: Sim ____ Não ____

a. Tipo de suporte: Papel ____ Computador ____

b. Que itens documentam _____

11. No CS, que aplicativo utilizam para documentar: SAPE ____ SIRONCCI ____

12. O que documentam no SAPE: _____

13. O que documentam no SIRONCCI: _____

14. Documentam nouro suporte/sistema Sim___ Não___

a. Qual_____ O quê_____

b. Qual_____ O quê_____

c. Qual_____ O quê_____

15. Utilizam todos os itens do Processo de Enfermagem (AD, DE, IE, RE)? Sim?___ Não?___

16. Sim, no SAPE___ Sim, no SIRONCCI___

a. Não, quais no SAPE_____

b. Não, quais na SIRONCCI_____

17. Consomem informação produzida por outro grupo profissional? Sim___ Não___

a. Qual_____ O quê_____

b. Qual_____ O quê_____

18. Outros aspectos relevantes: _____

Anexo VII - Guião de Entrevista (I Momento)

Guião de Entrevistas

- Qual a informação relevante, em sua opinião, para assegurar a continuidade dos cuidados na ECCI?
 - Quais os repositórios da informação recolhida, processada e acessada nos SIE em uso pelas ECCI que, na sua perspectiva, são mais utilizados para efeitos da continuidade dos cuidados?
 - Qual o tipo de sistema de informação (SI) que mais utiliza para aceder as informações e se, os sistemas que utiliza para aceder as informações, correspondem a situação real da prática, ou seja, fornecem informação útil/relevante? As informações são fáceis de encontrar?
1. Quando vai realizar uma visita domiciliária, quais os dados/informação que considera mais importantes ter consigo? Quais as razões em que se fundamenta esta importância?
 2. Existem dados/informação que considera importantes em função da situação em que prestará cuidados?
 3. Normalmente, onde está e como é que obtém a informação que considera mais importante para assegurar a continuidade dos cuidados que presta?
 4. Qual a informação que mais é utilizada correntemente pelo enfermeiro na ECCI? Não possuindo o acesso direto a esta informação, quais estratégias que utiliza?

Anexo VIII - Questionário (II Momento)



MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

Sistemas de Informação em Enfermagem

Relevância da Informação para as Equipas de Cuidados

Continuados Integrados

QUESTIONÁRIO

Ana Paula dos Anjos Correa Costa

Porto / 2012

Introdução ao estudo e instruções para o preenchimento.

O questionário aqui apresentado insere-se no âmbito do projeto “**Sistemas de Informação em Enfermagem: Relevância da informação para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados**”, a decorrer no âmbito do Mestrado em Ciências de Enfermagem do ICBAS/UP. São orientadores desta dissertação de mestrado o Professor Doutor Paulino Sousa (orientador) e o Mestre Fernando Oliveira (co-orientador).

Com este questionário pretendemos conhecer a **relevância e acessibilidade da informação**, **A PARTIR DO MOMENTO DA ADMISSÃO DO UTENTE**, para efeitos de continuidade de cuidados (apresentada ou não nos aplicativos em uso nas ECCI's - SAPE e GestCare).

A finalidade do projeto é contribuir para a melhoria do Sistemas de Informação de Enfermagem em uso nas ECCI, melhorando a qualidade da informação disponibilizada.

Com este objetivo em mente, solicitamos que responda cuidadosamente a todas as questões colocadas.

Prevemos que demore cerca de 8 minutos.

A data limite para o preenchimento deste questionário é de 10 dias úteis a partir do seu recebimento.

A sua colaboração é de muita importância para nós. Obrigada!

Ana Paula dos Anjos Correa Costa

Contactos: Tel: 937087604 Email: anacosta.enf@gmail.com

Obs: Todo o questionário está construído com base no novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa

Nota: Em caso de dúvida poderá contactar a Enf. Ana Costa, através do número 937 087 604 , ou por correio eletrónico: anacosta.enf@gmail.com , com a informação “questionário MCIE” no campo ASSUNTO.

Parte I

Neste grupo I pretendemos recolher alguns dados que nos permitam caracterizar os enfermeiros participantes no estudo.

1. Informação relativa à caracterização dos enfermeiros:

- 1.1. Idade: ____ anos
- 1.2. Sexo: M ☐; F ☐
- 1.3. Categoria Profissional:
- 1.3.1. Enfermeiro ☐
- 1.3.2. Enfermeiro-especialista ☐ Tipo/Especialidade _____
- 1.3.3. Outro ☐ (Especifique) _____
- 1.4. Tempo de exercício profissional: ____ anos
- 1.5. Tempo de exercício na ECCI: ____ meses
- 1.6. Sistemas de Informação de Enfermagem que utiliza:
- SAPE ☐; GestCare ☐ Outro: _____

Parte II

Neste grupo II, interessa saber quais são, na opinião dos enfermeiros, os dados relevantes para efeitos de continuidade de cuidados e em que medida esses dados estão ou não acessíveis nos SIE (Sistemas de Informação de Enfermagem) em uso.

Deste modo, pretendemos que o participante assinala para cada item de informação apresentado, o nível de relevância e o nível de acessibilidade que lhe atribui para efeitos da continuidade de cuidados, a partir do momento da admissão do utente na ECCI.

Exemplo: Se considera que um determinado item X é MUITO RELEVANTE, mas que o mesmo é de DIFÍCIL ACESSO – ou NÃO EXISTE – nos SIE (Sistemas de Informação em Enfermagem) em uso, deverá assinalar a sua resposta conforme ilustração abaixo:

Item de Informação	Nível de Relevância	Nível de Acessibilidade
Informação relativa ao ITEM X	POUCO MUITO 1 2 3 4 5 <input checked="" type="checkbox"/>	POUCO MUITO <input checked="" type="checkbox"/> 2 3 4 5

2. Informação produzida por outros profissionais da saúde:

Item de Informação	Nível de Relevância	Nível de Acessibilidade
2.1 Diagnóstico Médico (Principal e Secundário)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
2.2 Resultados analíticos e relatórios de exames complementares de diagnóstico	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
2.3 Últimas prescrições médicas realizadas. (Ex.: atitudes terapêuticas)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
2.4 Intercorrências durante o Internamento Hospitalar	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
2.5 Antecedentes pessoais (patológicos, cirurgias realizadas, internamentos)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5

Nota: Em caso de dúvida poderá contactar a Enf. Ana Costa, através do número 937 087 604, ou por correio eletrónico: anacosta.enf@gmail.com, com a informação “questionário MCIE” no campo ASSUNTO.

2.6 Antecedentes familiares	POUCO	MUITO	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5		1 2 3 4 5	
2.7 Evolução previsível da situação da doença (prognóstico)	POUCO	MUITO	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5		1 2 3 4 5	

3 Informação relativa à Vigilância/Monitorização :

Item de Informação	Nível de Relevância	Nível de Acessibilidade
3.1 Dor (exemplos: tipo de dor, local, intensidade...)	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.2 Feridas (exemplos: tipo, local, característica, dimensão, tratamentos...)	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3.3 Todos os restantes parâmetros de monitorização/vigilância (Tensão Arterial, Glicemia Capilar...)	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

4 Informação produzida pelos enfermeiros:

Item de Informação	Nível de Relevância	Nível de Acessibilidade
4.1 Dados das Atividades Diagnósticas que sustentam os diagnósticos de enfermagem	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.2 Diagnósticos de Enfermagem ativos	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.3 Intervenções de Enfermagem ativas	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.4 Critérios de resultado: Resultados esperados com as Intervenções de Enfermagem	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.5 Resultados obtidos com as Intervenções de Enfermagem (ganhos em saúde sensíveis dos cuidados de enfermagem)	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.6 Histórico dos Diagnósticos de Enfermagem	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.7 Histórico das Intervenções de Enfermagem realizadas	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.8 Intervenções de enfermagem ativas centradas unicamente no âmbito do ensinar/instruir/treinar	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4.9 Resultados (ganhos obtidos) unicamente com as intervenções (ensinar/instruir/treinar);	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

5 Informação relativa ao(s) prestador(es) de cuidados do utente:

Item de Informação	Nível de Relevância	Nível de Acessibilidade
5.1 Identificação e contacto do(s) prestador(es) de cuidados: (principal, secundário(s), parentesco, morada, telefone, telemóvel)	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5.2 Disponibilidade para tomar conta (Ex.: "presta cuidados diários ao utente, presta cuidados apenas aos fins-de-semana"...)	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5.3 Conhecimento/Capacidade para assistir /substituir no autocuidado do dependente (Ex.: "é capaz de prestar cuidados de higiene"; "não é capaz de efetuar	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Nota: Em caso de dúvida poderá contactar a Enf. Ana Costa, através do número 937 087 604 , ou por correio eletrónico: anacosta.enf@gmail.com , com a informação "questionário MCIE" no campo ASSUNTO.

levantar"; "conhece e executa corretamente as técnicas de mobilização"...))		
5.4 Sobrecarga (física, emocional) do(s) prestador(es) de cuidados	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5

6 Informação relativa à Rede de Suporte/ Família do utente:

Item de Informação	Nível de Relevância	Nível de Acessibilidade
6.1 Identificação dos elementos que compõem o agregado familiar do utente (nome e parentesco)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
6.2 Identificação e contacto dos conviventes significativos (nome, contactos, telefone, morada)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
6.3 Pessoas significativas do utente para além do convivente (ex.: vizinho)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
6.4 Estrutura / composição da Rede de Suporte (exemplos: "tem um vizinho"; "esposa"; "tem uma filha...")	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
6.5 Papel/tipo de apoio prestado pelos elementos da rede de suporte (exemplos: presta cuidados de higiene; responsável pela mobilização ...)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
6.6 Genograma	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
6.7 Ecomapa	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5

7 Informação relativa às condições habitacionais do utente

Item de Informação	Nível de Relevância	Nível de Acessibilidade
7.1 Existência de barreiras arquitetónicas na habitação do utente	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
7.2 Arejamento, iluminação e limpeza da habitação	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5

8 Informação relativa ao Instrumento de Avaliação Integrada (IAI) no Aplicativo de Monitorização da RNCCI (GestCare®):

Item de Informação	Nível de Relevância	Nível de Acessibilidade
8.1 Quem respondeu ao inquérito (o próprio, o prestador de cuidados do utente);	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
8.2 Queixas de saúde do utente (musculoesqueléticas, de visão, audição...);	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
8.3 Estado de Nutrição (peso, altura, perímetro abdominal...);	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
8.4 Quedas do utente (nº de quedas, momento das quedas, motivo das quedas, sequelas das quedas ocorridas);	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
8.5 Locomoção do utente (andar em casa, dentro de edifícios; andar na rua; andar em escadas);	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
8.6 Autonomia física do utente (lavar, vestir, uso de sanitário, deitar/levantar, sentar/elevar, controlo da eliminação, alimentar-se);	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5

Nota: Em caso de dúvida poderá contactar a Enf. Ana Costa, através do número 937 087 604 , ou por correio eletrónico: anacosta.enf@gmail.com , com a informação "questionário MCIE" no campo ASSUNTO.

8.7 Autonomia instrumental do utente (usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, tarefas de lida da casa, lavar/tratar da sua roupa, usar transportes, onde não pode ir a pé, tomar os seus medicamentos)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
8.8 Queixas emocionais do utente (triste/deprimido, nervoso/ansioso, outras queixas emocionais)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
8.9 Estado cognitivo do utente (orientação temporal, orientação espacial)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
8.10 Estado social (estado civil, nº de coabitantes, tempo em que está só nas 24h, ter com quem desabafa, escolaridade e profissão)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
8.11 Hábitos de atividade física do utente (andar a pé na rua, ginástica ou desporto)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
8.12 Hábitos de alimentação do utente (nº de refeições diárias, enumeração das refeições...)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
8.13 Hobbies do utente.	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5

9 Informação relativa à Avaliação de Enfermagem existente no Aplicativo de Monitorização da RNCCI (GestCare®):

Itens de Informação	Nível de Relevância	Nível de Acessibilidade
9.1 Notas de Enfermagem;	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
9.2 Diagnósticos de enfermagem unicamente enunciados no GestCare® (risco de aspiração, risco de desidratação, risco de constipação, risco de ulcera pressão, stress do prestador de cuidados)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
9.3 Intervenções de Enfermagem unicamente enunciadas no GestCare® (aspirar secreções, executar técnica de exercício muscular e articular passivo, executar tratamento a ulcera de pressão)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
9.4 Atitudes terapêuticas unicamente enunciadas no GestCare® (Ex.: inaloterapia, oxigenoterapia, terapia com dispositivos auxiliares, terapia com fluidos ou eletrólitos, terapia intravenosa, terapia nutricional)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
9.5 Ensinar doente/ cuidador unicamente enunciadas no GestCare® (execução de técnicas, auto-cuidados, regime terapêutico, hábitos de risco)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
9.6 Dependência atual para o Autocuidado unicamente enunciada no GestCare® (totalmente dependente, dependente de 3%, meios, independente)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
9.7 Autonomia/Dependência anterior do utente unicamente enunciados no GestCare®	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5

Nota: Em caso de dúvida poderá contactar a Enf. Ana Costa, através do número 937 087 604 , ou por correio eletrónico: anacosta.enf@gmail.com , com a informação “questionário MCIE” no campo ASSUNTO.

9.8 Dispositivo de correção unicamente enunciados no GestCare® (lentes de contato, óculos, membro artificial, prótese dentária)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
9.9 Dispositivo de mobilização unicamente enunciados no GestCare® (barra de apoio, dispositivo para levantar, cadeira de rodas)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
9.10 Dispositivo de imobilização unicamente enunciados no GestCare® (aparelho gessado, barreira limitadora, grades da cama, tala)	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
9.11 Ajudas técnicas necessárias ao utente unicamente enunciadas no GestCare®	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
9.12 Ajudas técnicas não acessíveis ao utente unicamente enunciadas no GestCare®	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
9.13 Disponibilidade do utente/rede de suporte para adquirir ajudas técnicas unicamente enunciados no GestCare®	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
9.14 Avaliação do risco de úlcera de pressão (Escala de Braden) unicamente enunciada no GestCare®	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
9.15 Avaliação das úlceras de pressão unicamente enunciada no GestCare®	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
9.16 Avaliação da Dor (Escala de Faces) unicamente enunciada no GestCare®	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
9.17 Avaliação Risco de Quedas (Escala de Morse) unicamente enunciada no GestCare®	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5

Se não pretende sugerir outras questões associadas à informação constantes deste questionário, agradecemos o tempo disponibilizado e considere o questionário terminado.

Caso entenda que existem outros itens de informação que não foram apresentados nas questões anteriores, poderá utilizar os espaços que se seguem, indicando, tal como nas questões anteriores, os níveis de relevância e acessibilidade que lhes atribui.

Item de Informação	Nível de Relevância	Nível de Acessibilidade
	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5
	POUCO MUITO 1 2 3 4 5	POUCO MUITO 1 2 3 4 5

Nota: Em caso de dúvida poderá contactar a Enf. Ana Costa, através do número 937 087 604 , ou por correio eletrónico: anacosta.enf@gmail.com , com a informação “questionário MCIE” no campo ASSUNTO.

	POUCO	MUITO	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5		1 2 3 4 5	
	POUCO	MUITO	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5		1 2 3 4 5	
	POUCO	MUITO	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5		1 2 3 4 5	
	POUCO	MUITO	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5		1 2 3 4 5	
	POUCO	MUITO	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5		1 2 3 4 5	
	POUCO	MUITO	POUCO	MUITO
	1 2 3 4 5		1 2 3 4 5	

FIM DO QUESTIONÁRIO.

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!!!

Nota: Em caso de dúvida poderá contactar a Enf. Ana Costa, através do número 937 087 604 , ou por correio eletrónico: anacosta.enf@gmail.com , com a informação “questionário MCIE” no campo ASSUNTO.

Anexo IX - Dados Globais Relativos à Relevância e Acessibilidade

Questões	Relevância					Acessibilidade				
	Média	Mediana	Moda	DP	Fa _{4,5}	Média	Mediana	Moda	DP	Fa _{4,5}
Q02.01	4,7	5	5	0,51	96,70%	3,8	4	4	1,06	65,60%
Q02.02	4,5	5	5	0,58	95,60%	2,0	2	1	0,97	8,90%
Q02.03	4,6	5	5	0,56	96,70%	2,9	3	3	1,17	31,10%
Q02.04	4,8	5	5	0,43	100,00%	2,2	2	2	0,96	8,90%
Q02.05	4,7	5	5	0,54	96,70%	2,4	2	2	0,91	8,90%
Q02.06	3,6	4	4	0,84	57,70%	2,0	2	2	0,96	8,90%
Q02.07	4,2	4	4	0,66	86,60%	1,8	2	2	0,82	4,40%
Q03.01	4,7	5	5	0,50	97,70%	3,3	3	4	1,12	50,60%
Q03.02	4,8	5	5	0,36	100,00%	3,5	4	4	1,04	53,40%
Q03.03	4,6	5	5	0,52	98,90%	4,0	4	4	0,94	78,80%
Q04.01	4,7	5	5	0,56	95,60%	3,1	3	3	1,05	34,40%
Q04.02	4,8	5	5	0,42	100,00%	3,8	4	4	0,95	72,50%
Q04.03	4,8	5	5	0,41	100,00%	3,8	4	4	0,97	69,90%
Q04.04	4,6	5	5	0,66	95,60%	2,2	2	1	1,15	16,60%
Q04.05	4,7	5	5	0,48	97,80%	2,1	2	1	1,19	13,40%
Q04.06	4,2	4	4	0,80	82,30%	2,9	3	3	1,10	24,40%
Q04.07	4,1	4	4	0,78	79,00%	3,0	3	3	1,06	25,60%
Q04.08	4,6	5	5	0,51	98,90%	3,2	3	3	1,09	40,00%
Q04.09	4,6	5	5	0,57	97,80%	2,4	2	2	1,19	18,90%
Q05.01	4,8	5	5	0,39	100,00%	3,4	3	3	0,96	44,50%
Q05.02	4,7	5	5	0,50	97,80%	2,4	2	2	1,01	14,20%
Q05.03	4,7	5	5	0,49	97,70%	2,4	2	2	1,05	15,50%
Q05.04	4,7	5	5	0,49	97,70%	2,1	2	2	0,90	7,80%
Q06.01	4,3	4	4	0,59	93,30%	2,8	3	3	1,03	24,50%
Q06.02	4,3	4	4	0,68	90,00%	2,4	2	2	1,10	16,60%
Q06.03	4,2	4	4	0,76	82,30%	1,9	2	1	0,97	6,70%
Q06.04	4,5	5	5	0,62	93,40%	2,1	2	2	0,98	11,10%
Q06.05	4,5	5	5	0,58	95,50%	2,0	2	2	0,93	7,80%
Q06.06	3,9	4	4	0,80	74,40%	1,5	1	1	0,72	2,20%
Q06.07	3,8	4	4	0,79	68,90%	1,5	1	1	0,65	1,10%
Q07.01	4,5	5	5	0,58	95,50%	2,1	2	1	0,99	8,90%
Q07.02	4,2	4	4	0,74	79,90%	2,1	2	1	0,95	8,90%
Q08.01	4,3	4	5	0,80	85,50%	4,2	5	5	0,92	84,50%
Q08.02	4,3	4	4	0,70	92,20%	3,4	3	3	1,10	47,80%
Q08.03	4,2	4	4	0,74	85,50%	3,2	3	3	1,02	38,90%
Q08.04	4,4	4	5	0,69	93,40%	3,6	4	3	0,91	54,50%
Q08.05	4,5	5	5	0,61	94,50%	3,4	3	3	1,07	45,60%
Q08.06	4,7	5	5	0,61	97,70%	3,3	3	3	1,13	44,40%

Continua na página seguinte

Continuação da página anterior										
Questões	Relevância					Acessibilidade				
	Média	Mediana	Moda	DP	Fa _{4,5}	Média	Mediana	Moda	DP	Fa _{4,5}
Q08.07	4,5	5	5	0,67	95,50%	3,3	3	3	1,10	43,30%
Q08.08	4,3	4	4	0,70	92,20%	3,2	3	3	0,99	36,10%
Q08.09	4,6	5	5	0,63	97,80%	3,5	3	3	0,97	48,90%
Q08.10	4,1	4	4	0,71	85,60%	3,6	4	4	1,01	55,60%
Q08.11	4,1	4	4	0,73	72,30%	3,3	3	3	1,01	39,90%
Q08.12	4,2	4	4	0,71	88,70%	3,3	3	3	1,01	37,70%
Q08.13	4,0	4	4	0,75	78,80%	2,2	2	1	1,15	14,40%
Q09.01	4,7	5	5	0,58	95,60%	4,1	5	5	0,92	78,80%
Q09.02	3,9	4	5	1,04	70,00%	3,5	4	4	1,08	52,20%
Q09.03	3,7	4	5	1,11	67,80%	3,3	3	3	1,18	42,20%
Q09.04	3,8	4	5	1,15	62,20%	3,3	3	3	1,15	44,50%
Q09.05	4,1	4	5	1,01	75,50%	3,3	3	3	1,08	37,80%
Q09.06	4,3	4	5	0,93	86,70%	3,2	3	3	1,08	36,70%
Q09.07	4,3	4	5	0,90	84,50%	3,0	3	3	1,10	28,90%
Q09.08	3,7	4	3	1,11	38,80%	3,3	3	3	1,07	38,80%
Q09.09	3,8	4	3	1,03	58,90%	3,4	3	3	1,04	43,40%
Q09.10	3,8	4	3	1,03	57,80%	3,5	3	3	0,97	44,50%
Q09.11	3,9	4	4	1,02	68,90%	3,0	3	3	1,04	27,80%
Q09.12	3,7	4	4	1,08	61,00%	2,7	3	3	1,07	22,20%
Q09.13	3,9	4	4	0,93	71,10%	2,5	3	3	1,06	17,70%
Q09.14	4,5	5	5	0,69	94,40%	4,0	4	5	0,93	74,50%
Q09.15	4,5	5	5	0,79	88,90%	3,3	3	3	1,22	42,20%
Q09.16	4,3	5	5	0,96	83,40%	3,6	4	4	1,05	54,40%
Q09.17	4,3	5	5	0,92	84,50%	3,9	4	5	1,14	66,70%